This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY

SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII

EX LIBRIS

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

DEUXIÈME SÉRIE. — TOME

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

DEUXIÈME SÉRIE. — TOME II

Les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* ont été fondées en 1873 par PAJOT, COURTY, GALLARD et Alb. LEBLOND. — Elles sont donc actuellement dans leur 32e année. Les *Annales* paraissent chaque mois, par fascicule d'au moins 64 pages, et forment, chaque année, un volume d'environ 800 pages. — Le 1er numéro de chaque trimestre contient un index bibliographique, dont les matières sont classées méthodiquement en paragraphes, de façon à faciliter les recherches.

Comité de rédaction :

CHAMPETIER DE RIBES. — FIEUX. — A. HERRGOTT. — LEPAGE. — OUI.
A. POLLOSSON. — POTOCKI. — QUEIREL.
RIBEMONT-DESSAIGNES. — WALLICH. — CHANTEMESSE. — TROISIER.
CONDAMIN. — PIERRE DELBET.
JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — MAUCLAIRE. — NÉLATON. — NOGUES. — POZZI.
QUÉNU. — SCHWARTZ. — TUFFIER.

Correspondants :

AAGE KIAER, à Copenhague. — F. BARNES, à Londres. — BUMM, à Berlin.
BYFORD, à Chicago. — CANTACUZÈNE, à Bucarest.
CARDENAL, à Barcelone. — CORDES, à Genève. — DE OTT, à Saint-Pétersbourg.
HOFMEIER, à Würzbourg. — PASQUALI, à Rome.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

POUR PARIS, **18** FR. — POUR LES DÉPARTEMENTS, **20** FR.
POUR L'UNION POSTALE, **22** FR.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco :*

A M. le Dr **Hartmann**, 4, place Malesherbes, pour la *partie gynécologique ;* à M. le Dr **Couvelaire**, 29, rue Pierre-Charron, pour la *partie obstétricale* ; — ou aux bureaux du journal chez l'éditeur.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET

D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE MM.

PINARD, TERRIER, SEGOND

Rédacteurs en chef :

H. HARTMANN ET A. COUVELAIRE

Secrétaire de la Rédaction :

Dr R. LABUSQUIÈRE

DEUXIÈME SÉRIE. — TOME II

Contenant les travaux de

ADLER, AUDEBERT, CONDAMIN (R. et A.), COSMETTATOS, COUVELAIRE, DOLÉRIS, FOISY, GACHE (S.), HARTMANN (H.), HERRGOTT, HUGUENIN, KŒNIG, LABUSQUIÈRE, LEBRET, LECÈNE, LENORMANT, LE PLAY, LEVADITI, LUYS (G.), MONNET, PETZALIS, PINARD (A.), PIQUAND, POLOSSON, ROLLIN, ROSSIER, ROUVILLE (DE), SCHWETZ, SNEGUIREFF, TOUPET, VANVERTS, VAUTRIN, VIOLET, WALLICH.

1905

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2. RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 6e

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE
ET D'OBSTÉTRIQUE

JANVIER 1905

DES FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS

ET EN PARTICULIER

DES CAUSES QUI FAVORISENT LEUR ÉCLOSION OU LEUR DÉVELOPPEMENT

Par le professeur A. PINARD.

Messieurs, en 1856, Cruveilhier écrivait : « Sous le rapport de la fréquence, je suis convaincu que les corps fibreux occupent le premier rang parmi les maladies de l'utérus (1) ».

Si à cette affirmation de notre grand anatomo-pathologiste, — affirmation depuis lors confirmée par tous les gynécologues, — vous ajoutez que les fibro-myomes font leur apparition pendant la période d'activité génésique de la femme, vous comprendrez facilement pourquoi la connaissance de tous les chapitres de leur histoire est indispensable à tous les médecins en général et aux accoucheurs en particulier.

C'est pour cette raison que j'ai cru bon de consacrer cette leçon à l'exposé de ce que nous savons et de ce que nous ignorons encore sur ce sujet.

En raison de leur fréquence et du volume qu'ils acquièrent souvent, l'existence des fibro-myomes ne pouvait échapper aux observateurs de tous les temps.

Mais, au commencement du siècle dernier, Bayle pouvait dire juste-

(1) J. Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. LXXXV, t. III, p. 666.

22630

ment : « Si les corps fibreux renfermés dans le tissu propre de l'utérus et ceux qui forment une saillie du côté de l'abdomen, ont été plus ou moins distinctement aperçus par les observateurs des divers siècles, qui les ont presque toujours désignés sous le nom de squirrhes de la matrice, de tumeurs anormales, de squirrhes ossifiés, de tubercules, de scléromes ou tumeurs dures, de pierres de la matrice, etc., ils n'ont été connus avec exactitude que dans ces dernières années. »

Je dois dire cependant que, déjà, Astruc, dans son *Traité des maladies des femmes* paru en 1763, avait essayé de donner une description dogmatique des corps fibreux, qu'il appelle *sarcomes de l'utérus* (1). D'autre part, Levret, dans son Mémoire inséré dans le troisième *Recueil de l'Académie Royale de chirurgie de Paris*, avait déjà, lui aussi, créé la symptomatologie et la thérapeutique des polypes de l'utérus, c'est-à-dire des corps fibreux, qui font saillie dans la cavité utérine, qui s'en échappent plus ou moins et qui en sortent quelquefois (2).

D'après ces quelques indications, il est établi que les corps fibreux furent au dix-septième siècle, sous le nom de *stéatomes* et de *sarcomes* ou *faux squirrhes*, considérés comme constituant une entité morbide (Astruc) et étudiés d'une façon remarquable dans un des modes de leur évolution, dans leur transformation polypeuse par Levret, qui les sépara nettement du prolapsus, de la chute, du renversement ou de l'inversion de l'utérus, avec lesquels ils étaient jusqu'alors confondus.

Dès le début du dix-neuvième siècle Bayle (3), se dégageant de la tradition livresque, s'appuyant sur des documents véritables résultat de ses propres observations, considérant ces productions, qu'il appelle *corps fibreux*, comme de nature parasitaire, en donne une étude magistrale, qui porte sur l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique.

Si, au point de vue anatomo-pathologique, Bayle est très lacunaire et ne décrit macroscopiquement que l'état *charnu*, l'état *fibro-cartilagineux* et l'état *osseux* des corps fibreux, il est presque complet et parfait quand il décrit le *siège des corps fibreux de la matrice*.

« Les corps fibreux de la matrice, dit-il, peuvent occuper trois sièges

(1) J. Astruc, *Traité des maladies des femmes*, 1763, t. III, p. 42.

(2) André Levret, Mémoire sur les polypes de la matrice et du vagin. *Académie de chirurgie*, 1904.

(3) Voir Bayle, *Journal de médecine*, t. V, p. 62, vendémiaire an XI ; Corps fibreux, in *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. VII, 1812. Remarques sur les corps fibreux qui se développent dans les parois de la matrice, in *Encyclopédie des Sciences médicales*, p. 552.

différents. Les uns sont situés dans le tissu fibreux de la matrice, les autres entre le tissu fibreux et la tunique péritonéale ; il en est enfin qui sont situés entre le tissu fibreux et la surface qui est regardée comme une membrane muqueuse. Quelquefois on trouve dans la même matrice un grand nombre de corps fibreux, situés dans les trois endroits que nous venons d'indiquer » (1).

Et, pour vous montrer que Bayle avait *vu* bien et beaucoup, je vous demande la permission de vous faire cette nouvelle citation :

« Les corps fibreux, renfermés dans le tissu propre de la matrice, ne sont jamais unis avec ce tissu par continuité de substance.

« Quelquefois ils sont très adhérents, mais pour l'ordinaire ils ne tiennent aux fibres de l'utérus qu'à l'aide d'un tissu cellulaire très facile à déchirer ; ils sont quelquefois tellement isolés des fibres de la matrice, qu'au premier aspect on les croirait enkystés. Lorsqu'ils sont nombreux ou très volumineux, ils déforment tout à fait le corps de la matrice ; presque toujours, quand ils deviennent aussi gros que la tête d'un homme, ils agrandissent la matrice dans tous les sens et dilatent considérablement sa cavité.

« Parmi les corps fibreux situés entre le tissu fibreux de la matrice et sa tunique péritonéale, les uns, presqu'entièrement renfermés dans les parois de l'utérus, forment seulement une protubérance du côté de l'abdomen; les autres sont totalement renfermés dans la tunique péritonéale, qui leur fournit un pédicule quelquefois très grêle : ce pédicule et quelques lames cellulaires paraissent alors le seul moyen d'union de ces corps avec la partie fibreuse de la matrice.

« Nous avons trouvé des corps fibreux, ainsi pédiculés, qui étaient aussi gros que la tête d'un enfant.

« Les corps fibreux, qui sont situés entre le tissu fibreux de la matrice et la surface intérieure, sont ou simplement protubérants dans la cavité utérine, ou tout à fait pédiculés. Dans l'un et l'autre cas, ils agrandissent la cavité de la matrice ; ils sont désignés sous le nom de *polypes sarcomateux* ou *polypes fibreux*. Ils sont recouverts par une membrane fine très adhérente, formée aux dépens de la substance désignée par Bichat sous le nom de membrane muqueuse de la matrice. » (A propos de ces derniers mots, je désire vous faire remarquer que si, dès cette époque, Bichat affirmait l'existence d'une muqueuse de l'utérus, la réalité de

(1) Corps fibreux, in *Dictionnaire des Sciences médicales.*, p. 71 et 72.

cette muqueuse, niée par Morgagni et Chaussier, ne fut admise par tous qu'après la publication de travaux de Coste et de Robin.)

« Les corps fibreux, ajoute Bayle, ne deviennent point dangereux par eux-mêmes; mais ils peuvent le devenir, lorsqu'en raison de leur siège ou de leur volume, ils dérangent les règles, excitent des flux utérins, s'opposent à l'accouchement, compriment trop fortement la vessie ou le rectum, etc. Dans tous ces cas, ils peuvent entraîner des accidents graves, qui, comme nous le verrons bientôt, jettent les femmes dans un état valétudinaire, ou les conduisent quelquefois même à la mort. »

Il appartenait à notre grand anatomo-pathologiste Cruveilhier de compléter l'étude macroscopique des corps fibreux. Dans son *Traité d'Anatomie pathologique générale* (1), Cruveilhier maintient la distinction établie par Bayle au point de vue du siège des corps fibreux dans l'utérus et les divise en *sous-muqueux*, *sous-péritonéaux* et *interstitiels*, et il ajoute : « Ceux de ces corps fibreux qui sont sous-muqueux ou sous-péritonéaux tendent à se détacher plus ou moins du tissu de l'utérus, c'est-à-dire à se pédiculiser. »

Il met en relief cette notion nouvelle, à savoir, que *les corps fibreux utérins sont susceptibles d'atrophie*, à toutes les périodes de leur développement, à l'état embryonnaire comme à l'état adulte (2).

Il consacre deux chapitres aux *caractères pathologiques des corps fibreux utérins*. Il commence ainsi à esquisser leur pathologie intrinsèque et leur pathologie extrinsèque.

Il décrit successivement *l'œdème*, le *ramollissement*, les *hémorragies*, l'*inflammation*, la *gangrène*, la *pétrification*, la *cartilaginification*, les *kystes* des corps fibreux. Puis il étudie l'*ascite dans le cas de corps fibreux utérins*. Il discute cette question, qu'il résout par la négative : les corps fibreux utérins peuvent-ils devenir cancéreux ?

Après avoir donné l'histoire des corps fibreux, devenus polypes sous-péritonéaux, il consacre un chapitre à l'expulsion spontanée des corps fibreux utérins, hors l'état de grossesse, et termine par celui qui a pour titre : *Des corps fibreux utérins dans l'état de grossesse pendant et après l'accouchement*.

Que de choses vues et bien vues par Cruveilhier !

N'étant pas familiarisé avec les études histologiques, il ne peut reconnaître la véritable structure des corps fibreux ; mais quand, en 1843,

(1) J. Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1856, t. III.
(2) *Ibid.*, p. 672 et suiv.

Vogel eut démontré histologiquement l'identité de structure du corps fibreux et de la paroi utérine sur laquelle il prend naissance, quand Robert Barnes en 1851, Lebert et Robin, les années suivantes, eurent confirmé les recherches de Vogel, en affirmant l'existence de fibres musculaires dans les corps fibreux, Cruveilhier n'hésite pas à s'exprimer dans les termes suivants : « Il ne me répugne nullement d'admettre que ces corps fibreux soient formés aux dépens des fibres utérines elles-mêmes : le microscope a démontré à MM. Lebert et Robin les fibres utérines mêlées dans des proportions diverses au tissu fibreux dans un grand nombre de cas ; mais surtout qu'on n'appelle point ces corps fibreux une hypertrophie du tissu de l'utérus, car il y a là, non une simple exagération de nutrition, mais bien métamorphose et production de tissu (1). » La connaissance de leur composition fut pour les corps fibreux l'occasion de nouveaux baptêmes.

Aux noms de fibromes, de corps fibreux, de tumeur fibreuse, succèdent les appellations de fibroïdes, de fibro-myomes, de myome, de léiomyomes. Broca, considérant l'analogie de leur structure avec celle de l'utérus, proposa le mot: hystérome. A tous les points de vue, c'est cette dernière dénomination qui aurait dû prévaloir, mais l'usage en a décidé autrement, et aujourd'hui médecins et gens du monde emploient le plus souvent, en voulant parler des hystéromes, les termes de corps fibreux, de tumeurs fibreuses, de fibromes, de myomes, de fibro-myomes. La dénomination que j'emploie : fibro-myomes de l'utérus, n'est du reste que la traduction du mot hystérome au sens où l'entendait Broca. On peut dire qu'à la fin du demi-siècle dernier, grâce aux travaux d'Astruc, de Bayle, de Levret, de Vogel, de Cruveilhier, les traits principaux concernant l'histoire des fibro-myomes de l'utérus étaient esquissés.

Depuis cette époque, les anatomo-pathologistes, les chirurgiens, les gynécologues, les accoucheurs de tous les pays ne cessèrent, par leurs observations et leurs travaux innombrables, de compléter et d'enrichir les différents chapitres créés par les Maîtres dont je viens de vous rappeler les noms.

En plus des thèses inaugurales, des thèses d'agrégation (dont la plus remarquable est celle de mon maître et ami le professeur Guyon), des chapitres sur ce sujet contenus dans les Dictionnaires de Médecine, dans les Traités des maladies des femmes et les Traités de gynécologie et

(1) *Loco citato*, p. 694.

d'accouchement, je vous signalerai les discussions qui eurent lieu à la Société de Chirurgie en 1857, d'abord, et ensuite en 1868 et 1869, où il fut question surtout (1857) des modifications imprimées à la grossesse et à l'accouchement dans les cas de fibro-myomes de l'utérus gravide, et en 1868 et 1869 des modifications subies par les fibro-myomes de l'utérus par le fait de la grossesse et de l'accouchement. De là surgit le fameux *assouplissement* des fibro-myomes pendant la grossesse. Nous verrons tout à l'heure ce qu'il en faut penser.

Petit à petit, depuis Mme Lachapelle, le rôle épisodique des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement fut mieux étudié. On reconnut son influence sur l'insertion vicieuse du placenta et comme cause des présentations vicieuses du fœtus. De même, on reconnut l'influence des parturitions sur l'involution, l'atrophie des fibro-myomes, surtout quand après l'accouchement il y a allaitement.

Dans ces vingt dernières années, grâce à l'avènement de l'asepsie et de l'antisepsie, la thérapeutique des fibro-myomes de l'utérus à l'état de vacuité a subi, on peut le dire, une révolution complète.

Les myomectomies, les hystérectomies pour fibro-myomes sont devenues pour les chirurgiens l'occasion de succès opératoires, pour ainsi dire constants. Aussi quelques-uns, entraînés par l'enregistrement de leurs victoires ininterrompues, ont envisagé l'hystérectomie comme le traitement prophylactique des accidents pouvant se produire quand une grossesse se développe dans un utérus fibromateux.

Comme vous pourrez le voir en consultant les *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie* de Paris, 1901 et 1902, les accoucheurs ont pu, s'appuyant sur de nombreux documents, sur *ce qu'ils avaient vu tant de fois*, faire prévaloir heureusement une autre doctrine, en démontrant que, règle générale, la grossesse évolue normalement jusqu'à terme dans un utérus atteint de fibro-myomes ; les accidents menaçant la vie de la femme, dans ces cas, constituent un fait exceptionnel.

Après ce rapide aperçu historique, je tiens à vous rappeler ce qu'à l'heure actuelle, grâce à tant d'efforts et à tant de labeur, un médecin ne peut et ne doit ignorer à propos des fibro-myomes de l'utérus.

Tout *médecin* doit savoir :

Que la maladie la plus fréquente de l'utérus est causée par des tumeurs composées de tissu fibreux et de tissu musculaire en proportion indéterminée, et appelées *fibro-myomes* ;

Que ces fibro-myomes peuvent être considérés comme des parasites de nature dite bénigne.

Que ces fibro-myomes peuvent se développer dans tous les points de l'utérus ;

Que ces fibro-myomes ne se développent que pendant la période d'activité génésique de la femme : *jamais avant la puberté, jamais après la ménopause* ;

Que si le fibro-myome est le plus souvent solitaire, on en trouve communément plusieurs dans le même utérus ; certains utérus en sont farcis, en contiennent vingt et trente, et même plus ;

Que le volume d'un fibro-myome varie, depuis celui de la tête d'une épingle jusqu'à celui d'une masse pesant 20, 30 kilogrammes et même davantage ;

Que les fibro-myomes suivant qu'ils soient sous-muqueux ou sous-péritonéaux, peuvent se transformer en polypes intra-utérins, ou sous-péritonéaux, ou intra-abdominaux ;

Que les fibro-myomes, semblent posséder une vie propre, mais très *inégale*, ils évoluent d'une façon particulière et suivant des lois encore indéterminées ;

Que les fibro-myomes non malades restent stationnaires, ou diminuent après la ménopause ;

Que les fibro-myomes ont une *pathologie spéciale* et peuvent présenter des modifications nombreuses, c'est-à-dire, suivant l'expression de Cruveilhier, peuvent présenter des *caractères pathologiques*, tels que : *l'œdème, l'hémorragie, la dégénérescence graisseuse, la transformation kystique, l'infection, la gangrène, la cartilaginification, la pétrification*, etc. ;

Que les fibro-myomes, en dehors des troubles fonctionnels si fréquemment occasionnés par eux, tels que : les ménorrhagies, les métrorrhagies, les phénomènes de compression sur un point quelconque des appareils urinaire, intestinal, circulatoire et nerveux, peuvent aussi déterminer des lésions primitivement d'ordre mécanique du côté des annexes, trompes et ovaires ;

Quant aux *accoucheurs*, ils doivent savoir que, pendant la *grossesse* :

1° Les fibro-myomes en voie d'accroissement, c'est-à-dire vivants au moment de l'imprégnation, participent seuls à l'hypertrophie utérine.

Les fibromes dont l'évolution était arrêtée, c'est-à-dire frappés de caducité au moment de l'imprégnation, restent stationnaires. Ce qui fait

que tous les fibro-myomes ne s'assouplissent pas pendant la grossesse, comme le professait Depaul. De même, le ramollissement spécial observé par Tarnier était un fait de hasard et non le fait de la grossesse.

2° Les fibro-myomes, tout en laissant celle-ci évoluer le plus souvent jusqu'à terme, déterminent assez souvent l'insertion du placenta sur le segment inférieur et, suivant leur volume et leur point d'implantation, déformant la cavité utérine, peuvent être la cause de présentation vicieuse par suite d'accommodation anormale.

Que pendant le *travail* les fibro-myomes peuvent toujours, en raison de leur siège et de leur volume, être cause de dystocie. (A la Clinique Baudelocque, du 1er janvier 1895 jusqu'au 1er janvier 1905, c'est-à-dire sur 21.891 accouchements on observa 171 cas de fibro-myomes compliquant la grossesse, 35 fois seulement ou dut intervenir pendant le travail) (1);

Que pendant *la délivrance*, les fibro-myomes sont rarement cause d'intervention;

Que pendant les *suites de couches* et ultérieurement, les fibro-myomes peuvent diminuer de volume, surtout quand la fonction de reproduction est complète, c'est-à-dire quand il y a allaitement.

Après vous avoir exposé ce Compendium rudimentaire, je désire étudier spécialement un chapitre, que j'ai intentionnellement passé sous silence jusqu'à présent; je veux dire celui de l'étiologie des fibro-myomes de l'utérus.

Je n'aborderai pas l'étude de la pathogénie, car nos connaissances à ce sujet sont nulles pour ainsi dire, les germes embryonnaires de Cohnheim ayant vécu, et les observations de Kleinwächter n'ayant pas encore été confirmées.

A propos de l'étiologie des fibro-myomes de l'utérus, je crois nécessaire de vous donner encore un court aperçu historique. Bayle écrivait en 1813 (2) : « Les femmes qui, étant mariées, n'ont pas d'enfants, et celles qui n'en ont eu qu'un ou deux, sont plus exposées à avoir des corps fibreux de la matrice que celles qui en ont eu un plus grand nombre; de sorte qu'il paraît, d'après le résultat de nos recherches, que la matrice est plus disposée à la production des corps fibreux lorsqu'elle n'est point modifiée par la grossesse, que lorsqu'elle est, à diverses reprises, distendue par le produit de conception. »

---

(1) Voir pièces justificatives à la fin de cet article.
(2) In *Dictionnaire des Sciences médicales*, art. Corps fibreux, p. 73.

Cruveilhier dit : « Après l'époque de la puberté, on observe des corps fibreux utérins dans toutes les conditions et à toutes les périodes de la vie de la femme, chez les vierges comme chez les femmes mariées, chez les femmes infécondes comme chez celles qui ont eu beaucoup d'enfants, et peut-être plus souvent chez les premières. »

Cette opinion, affirmative chez Bayle, dubitative chez Cruveilhier, fut adoptée par la pluralité des gynécologues et des accoucheurs de tous les pays, jusqu'au jour où la question fut embrouillée. Je m'explique.

Au lieu de rechercher si les faits observés venaient confirmer l'affirmation de Bayle, c'est-à-dire si les femmes qui n'ont pas eu d'enfants ou qui n'en ont eu qu'un ou deux sont plus exposées à avoir des corps fibreux que celles qui en ont eu un plus grand nombre, on s'évertua à rechercher, d'une part, l'influence des fibro-myomes sur la fécondité, et d'autre part l'influence de la chasteté sur le développement des corps fibreux.

Tout fut confondu : chasteté, célibat, stérilité.

Aussi Gusserow, en 1878, dans son fameux travail (1), après avoir dit qu'on ne sait rien sur les causes des fibro-myomes de l'utérus, rassemblant les statistiques hétéroclites et hétérogènes dont je viens de parler et les joignant à la sienne, réunit de cette façon 959 cas de fibromes. Sur ces 959 cas, il s'agissait 672 fois de femmes mariées, 287 fois de femmes non mariées, ce qui ne veut pas dire que ces dernières fussent toutes vierges.

Sur les 672 mariées, il y avait eu grossesse chez 464, les autres étaient stériles. « Encore la stérilité, ajoute Gusserow, a-t-elle plutôt été déterminée par la tumeur que déterminante de celle-ci. »

C'est avec ce travail, c'est avec cette statistique et ces conclusions que fut battue en brèche l'opinion de Bayle !

Et à partir de 1878, l'opinion de Gusserow fait loi pour presque tous les gynécologues et les accoucheurs — je dis presque, et vous verrez tout à l'heure pourquoi — lisez les Traités d'accouchements, les Traités de Gynécologie, même les plus récents, même les meilleurs, et vous verrez cette note dominante, à savoir que ce n'est pas la stérilité qui favorise le développement des fibromes, mais les fibromes qui sont cause de stérilité.

---

(1) Gusserow, *Die Neubildungen des Uterus*. Stuttgart, 1878, in-8, p. 34 et suiv.

Cependant Th. A. Emmet, en 1879, avait publié son livre remarquable : *la Pratique des maladies des femmes.* Contrairement à Gaillard Thomas, déclarant que « soixante-cinq années d'études et de recherches ne lui ont rien appris sur l'étiologie des tumeurs fibreuses », Emmet consacre un long chapitre à l'étiologie des fibroïdes et tumeurs fibreuses. Il donne le résultat de ses observations et de ses recherches *personnelles*, faites surtout au point de vue des tumeurs fibreuses dans leurs rapports avec la menstruation; dans un de ces tableaux on trouve les chiffres suivants :

Chez 239 femmes atteintes de fibroïdes (1), ou de tumeurs fibreuses, il y avait :

Femmes non mariées	47	19,66 p. 100
— mariées mais stériles. . .	78	32,63 p. 100
— — fécondes	114	47,09 p. 100

On voit, dit Emmet, que le fait important qui ressort de ce tableau, c'est l'influence capitale que le mariage et la grossesse semblent avoir sur ces tumeurs.

On voit que les femmes non mariées sont deux fois plus exposées à cette forme de maladie que la moyenne générale des femmes.

L'opinion d'Emmet, bien que s'appuyant sur une statistique personnelle ne comprenant que des observations *vues*, ne prévalut pas contre celle de Gusserow. Emmet ne possédait que 239 cas, tandis que Gusserow en avait rassemblé 959 !

Une fois de plus, le sens critique fit défaut à nombre de gynécologues et d'accoucheurs. Il y eut cependant des exceptions.

Ce fut tout d'abord un collègue et un compatriote de Gusserow, Hofmeier, professeur à Würtzbourg. qui s'attaqua au dogme de Gusserow en 1894 et en 1896, en s'appuyant sur des recherches personnelles. Puis, dans un travail que notre collègue vint lire au Congrès international de médecine tenu à Paris en 1900, Hofmeier formula ainsi une de ses conclusions : L'absence de grossesse favorise l'éclosion du myome.

Enfin, dans une communication faite à la Société d'obstétrique de Paris par mon collègue et ami Treub, professeur à Amsterdam, on rencontre une conclusion confirmant l'opinion de Bayle, de Cruveilhier, d'Emmet et d'Hofmeier et la complétant.

---

(1) Selon leur volume, Emmet appelle les fibro-myomes: fibroïdes ou tumeurs fibreuses.

Cette conclusion, reposant aussi sur des observations et des recherches *personnelles*, et aussi nette qu'affirmative, la voici :

« Le manque ou la cessation précoce de tout le processus de la reproduction favorise la production des fibromes et en est même le facteur le plus important (1). »

A la fin de son si intéressant travail, mon ami Treub explique comment la grossesse agit pour empêcher la formation des fibro-myomes par une comparaison si humoristique, que je ne résiste pas au plaisir de vous la lire :

« Nous autres Hollandais, nous avons la réputation d'avoir des maisons extrêmement propres, et je crois qu'elle est méritée. La cause doit en être cherchée dans l'usage national d'un grand nettoyage annuel, nonobstant les nettoyages réguliers, journaliers, hebdomadaires et autres. Ce grand nettoyage, délice des ménagères et horreur de la gent masculine, balaye la poussière accumulée dans les coins et enlève les toiles d'araignées oubliées. Que l'on me pardonne cette comparaison très pot-au-feu, mais j'ose dire que, pour l'utérus, les choses se passent de la même manière. Le nettoyage superficiel mensuel débarrasse la matrice d'une faible partie de la muqueuse et, par cela, peut diminuer le danger du cancer. Mais, pour diminuer ce danger d'une manière efficace, il faut le grand nettoyage, le déblayage donné par les suites de l'accouchement. Ce nettoyage sur une grande échelle se fait sentir, quoique d'une autre manière, dans la paroi musculaire aussi et sur ce qu'elle contient d'éléments, tant normaux que pathologiques. C'est là, en peu de mots, l'explication de la partie essentielle du rapport qui existe entre la fécondité amoindrie et les fibromes. »

Messieurs, après cet historique rapide et incomplet, je vous demande la permission de vous exposer mes idées concernant les causes qui favorisent l'éclosion et le développement des fibro-myomes de l'utérus.

Depuis que les circonstances m'ont permis d'observer un grand nombre de femmes pendant leur vie génésique, c'est-à-dire depuis longtemps, hélas ! je n'ai cessé de constater des faits qui, tous, militent et faveur de l'opinion de Bayle.

J'ai, depuis longtemps déjà, la conviction absolue que l'*inobservance de la fonction complète de reproduction est la cause qui favorise le*

(1) F. Treub, *Fécondité et fibromes utérins.*

plus l'éclosion et le développement des fibro-myomes de l'utérus, et je professe *que la fertilisation tardive et la stérilité secondaire sont facteurs étiologiques des fibro-myomes utérins*. Mais je répète aujourd'hui ce que je vous dis si souvent : je ne veux pas que vous me croyiez sur parole, les faits seuls ont de l'autorité. Aussi, je vais maintenant commenter ma formule et la légitimer, je pense.

Depuis nombre d'années, je ne cesse de répéter aux élèves cet aphorisme : *quand dans la salle de travail vous vous trouvez en face d'une primipare âgée de 30 ans et plus, cherchez le fibrome*. Est-ce une notion vraie et utile que j'essaie d'inculquer depuis plus de vingt ans ?

Oui, si je puis vous démontrer qu'une *fertilisation tardive* a souvent pour conséquence l'éclosion et le développement des fibro-myomes de l'utérus.

Pour vous faire cette démonstration, je ne prendrai que des faits observés dans cette clinique.

Ces faits, les voici condensés dans le tableau I :

TABLEAU I

Statistique concernant les cas de grossesse compliqués de fibro-myomes observés à la Clinique Baudelocque, depuis le 1er janvier 1895 jusqu'au 31 décembre 1904.

Sur 21.891 femmes accouchées à la Clinique Baudelocque depuis le 1er janvier 1895 jusqu'au 31 décembre 1904, on a noté l'existence de fibromyomes de l'utérus chez 171 femmes.

De ces 171 femmes : 94 étaient primipares ;
77 étaient pluripares.

Des 94 primipares : 80 ÉTAIENT AGÉES DE 30 ANS ET PLUS ;
93 ÉTAIENT AGÉES DE 25 ANS ET PLUS.

Les premiers éléments de cette statistique se trouvent déjà publiés dans la thèse du docteur J. Bigex (*Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgées*, Thèse, Paris, 1900) et dans celle du docteur G. Méheut (*Contribution à l'étude des fibromes gravidiques*. Thèse, Paris, 1902).

Une statistique analogue, portant sur des éléments observés dans mon service à la Maternité de Lariboisière de 1883 à 1889 et à la Clinique Baudelocque de 1890 à 1896 inclusivement, se trouve dans le beau livre de Henri Varnier : *la Pratique des accouchements. Obstétrique journalière*, p. 178.

Je donne, à la fin de cet article, les statistiques inédites portant sur les années 1901, 1902, 1903 et 1904 (tableaux III, IV, V, VI).

Il m'apparaît, en lisant ce tableau, que la *fertilisation tardive*, ou, si vous le voulez, la *stérilité primaire*, montre son action d'une façon non douteuse.

Il me semble que, d'après ces chiffres, je ne suis pas inutile en répétant mon aphorisme à mes élèves.

Ceci étant dit pour la fertilisation tardive ou stérilité primaire, j'arrive maintenant à la *stérilité secondaire*. Mais, avant de rechercher l'action de cette dernière, je tiens à vous la définir.

La stérilité secondaire est celle qu'on observe chez toute femme qui, après avoir été fertilisée une ou plusieurs fois, après avoir eu une ou plusieurs grossesses, reste ensuite stérile pendant la période d'activité génésique.

Je puis vous affirmer que, dans nombre de cas, cette stérilité pourrait justement être appelée : *stérilité volontaire*.

Je pourrais vous faire partager ma conviction, en vous donnant le résultat des observations prises dans ma clientèle privée. Je ne le ferai pas. Je ne veux vous apporter ici que des éléments vus et contrôlés par tous. Je ne prendrai donc que des éléments fournis par notre service de gynécologie, éléments qui sont réunis dans les tableaux II et VII.

Tableau II

Femmes opérées pour fibro-myomes de l'utérus à la Clinique Baudelocque de 1893 à 1904.

Nombre total	68
Femmes nullipares	27
Femmes ayant eu des grossesses	41

Parmi ces dernières :

N'ayant eu qu'une grossesse	18
Ayant eu deux grossesses	14
Ayant eu plus de deux grossesses	9

Chez ces 68 femmes :

1 seule n'avait pas 30 ans, elle était âgée de 29 ans et avait eu sa première grossesse à 27 ans.

6 avaient dépassé 50 ans.
26 avaient de 30 à 40 ans.
35 avaient de 40 à 50 ans.

Chez les 41 femmes ayant eu des grossesses :

25 n'avaient pas eu de grossesse depuis 15 ans.
30 femmes n'avaient pas eu de grossesse depuis plus de dix ans.

Ces chiffres sont assez éloquents, je pense, pour me dispenser de tout commentaire.

Mais je suis convaincu d'autre part, par des faits très nombreux, que la fertilisation, pour être véritablement la sauvegarde de l'éclosion des fibro-myomes, doit être suivie de toutes les étapes physiologiques qui constituent la fonction de reproduction.

Ainsi, nombre d'observations nous permettent de dire que toute fertilisation aboutissant à un *avortement* équivaut, au point de vue qui nous occupe, à la stérilité.

De même, une fertilisation suivie d'une gestation évoluant jusqu'à terme, mais non suivie d'*allaitement*, est une sauvegarde insuffisante contre l'éclosion et le développement des fibro-myomes de l'utérus.

Je ne veux pas aujourd'hui chercher à expliquer ces faits, je me borne pour le moment à les mettre en relief.

En vous montrant quelles peuvent être les conséquences de la stérilité primaire et de la stérilité secondaire, je n'entends pas dire que toutes les femmes stériles, que toutes les femmes non fertilisées sont ou seront atteintes de fibro-myomes de l'utérus. Tous les jours, à chaque instant nous avons la preuve du contraire. Il est bien certain que la prédisposition, héréditaire ou non, joue ici comme partout un grand rôle.

Ce que j'ai voulu vous démontrer, ce que je tiens à affirmer, c'est que, chez nombre de femmes, l'inobservance de la fonction de reproduction dans toutes ses étapes (fertilisation, gestation, allaitement) a comme conséquence pour elles l'éclosion et le développement de fibro-myomes de l'utérus.

TABLEAU III. — **Année 1901 (2.224 accouchements).**

NUMERO des observations	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU dernier accouchement	INTERVALLE ENTRE les accouchements	OBSERVATIONS CONCERNANT le nombre, le volume et l'insertion du ou des fibromes	MARCHE DE LA Grossesse	TERMINAISON DE l'accouchement
283	27 ans	II	1898	3 ans.	Fibrome gros comme une noix, au fond de l'utérus.	Normale.	Spontanée.
301	33 ans	I	. . . . .	. . . . .	Utérus fibromateux.	Normale.	Spontanée.
348	31 ans	IV	1899	1 an ; 6 ans ; 2 ans.	Utérus fibromateux.	Normale.	Spontanée.
575	37 ans	I	. . . . .	. . . . .	Deux petits fibromes au fond de l'utérus.	Normale.	Spontanée.
577	42 ans	VI	1899	2 ans ; 1 an 1/2 ; 2 ans ; 1 an ; 1 an 1/2.	Fibrome de la grosseur d'une orange sur la partie droite de l'utérus.	Normale.	Accouchement à 8 mois 1/2 ; extraction du siège.
786	41 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibromes multiples dont un de la grosseur du poing disséminés dans la paroi antérieure de l'utérus.	Normale.	Spontanée.
844	38 ans	IV	1900	1 an ; 1 an ; 1 an.	Fibrome de la grosseur d'une amande sur le fond de l'utérus et un plus petit dans la paroi postérieure.	Endométrite dite hémorragique.	Spontanée.
849	35 ans	III	1899	5 ans ; 2 ans.	Fibrome gros comme un œuf de poule dans la paroi antérieure de l'utérus.	Normale.	Spontanée.
871	36 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibromes multiples dans la paroi antérieure de l'utérus et sur la corne droite.	Albuminurie.	Accouchement à 8 mois, enfant mort 3 jours après.
875	37 ans	V	1897	11 ans ; 1 an ; 1 an ; 4 ans.	Fibrome de la corne utérine droite.	Laparotomie pour fibrome au 5e mois (grossesse mécanique).	Spontanée.
924	45 ans	VI	1887	2 ans ; 2 ans ; 4 ans ; 15 ans.	Utérus fibromateux.	Normale.	Spontanée.
1017	36 ans	III	1897	4 ans ; 4 ans.	Fibrome dans la paroi antérieure.	Normale.	Spontanée (siège).
1083	32 ans	III	1895	1 an ; 6 ans.	Utérus fibromateux.	Normale.	Spontanée.
1127	29 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la grosseur d'une noix du fond de l'utérus.	Normale.	Spontanée.
1565	39 ans	II	1888	13 ans.	Petit fibrome dans la paroi antérieure de l'utérus.	Albuminurie.	Spontanée.
1794	40 ans	II	1899	2 ans.	Fibrome pédiculé.	Normale.	Spontanée.
1857	36 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome dans la paroi antérieure.	Albuminurie.	Accouchement à 8 mois 1/2.
1893	37 ans	XI	1897	5 ans ; 1 an ; 1 an ; 2 ans ; 1 an ; 1 an ; 1 an ; 1 an ; 4 ans ; 4 ans.	Fibrome du volume d'une noix dans la paroi antérieure.	Normale.	Spontanée.
1967	43 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibromes multiples, de petit volume.	Normale.	Spontanée.
2154	36 ans	II	1887	14 ans.	Fibrome dans la paroi antérieure.	Albuminurie.	Spontanée.
2214	44 ans	VIII	1900	2 ans ; 4 ans ; 1 an ; 1 an, 5 ans ; 3 ans ; 1 an.	Fibrome du fond de l'utérus.	Normale.	Spontanée.

Tableau IV. — Année 1902 (2.015 accouchements).

NUMERO des observations	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU dernier accouchement	INTERVALLE ENTRE les accouchements	OBSERVATIONS CONCERNANT le nombre, le volume et l'insertion du ou des fibromes	MARCHE DE LA Grossesse	TERMINAISON DE l'accouchement
132	33 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome, de la grosseur d'une mandarine, au niveau de la partie inférieure de l'utérus du côté droit.	Normale.	Appl. de forceps pour impotence fonctionnelle. Délivr. artific. déchirure du périnée.
135	23 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome de la grosseur d'une noix siégeant sur le fond de l'utérus.	Normale	Normale
175	37 ans	III	. . . . . 1890	2 ans 12 ans	Fibrome de la grosseur d'une noix sur la face antérieure de l'utérus sur son 1/3 moyen.	Normale	Normale
218	34 ans	I	. . . . .	. . . . .	Petit fibrome siégeant sur la partie antéro-latérale gauche.	Normale	Normale
232	39 ans	I	. . . . .	. . . . .	Utérus fibromateux présentant des noyaux durs dans toute la partie accessible.	Normale	Normale
233	39 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome sur la moitié droite de la face antérieure.	Normale	Normale
274	28 ans	II	1901	1 an	Petit fibrome vers le fond de l'utérus.	Albumine	Normale
393	32 ans	II	1895	6 ans	Utérus bourré de fibromes dont l'un, siégeant à droite et en haut, est de la grosseur d'une mandarine.	Albumine	Normale
495	35 ans	III	1898	2 ans 8 mois 1 an 8 mois	3 petits fibromes de la grosseur d'une noix.	Normale	Hémorragie de la délivrance pour impotence fonctionnelle.
584	39 ans	II	1899	2 ans 11 mois	Fibromes sous-péritonéaux dont la femme s'aperçoit lors de sa 1re grossesse à l'âge de 36 ans. Depuis ils ont augmenté et se sont multipliés. Les uns paraissent nettement pédiculés, les autres ont une large base d'implantation.	Normale	Siège décomplété mode des fesses.
648	44 ans	VII	 1893	2 ans 2 mois 2 ans 4 mois 5 ans 4 mois 1 an 8 mois 3 ans 4 mois 8 ans 10 mois	Fibrome de la grosseur d'une tête de fœtus sur la paroi antéro-latérale gauche de l'utérus, son centre est un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic. Dimensions 20/20.	Normale	Siège complet. Bassin rétréci Psp : 10 cent. Extraction difficile de la tête. Enfant vivant.
688	35 ans	IV	1898	3 ans 7 mois 2 ans 2 mois 4 ans 2 mois	2 petits fibromes de la grosseur d'une noisette.	Albumine	Normale
830	35 ans	II	1893	9 ans	Fibrome du volume d'une grosse noix, sous-péritonéal, à droite de partie supérieure du segment inférieur.	Normale	»
953	39 ans	IV	. . . . . 1896	2 ans 7 ans 5 ans 5 mois	Petit fibrome pédiculé sur la corne droite.	Normale	Expulsion d'un fœtus mort et macéré.
1018	28 ans	II	1901	1 an 2 mois	Fibrome dans le cul-de-sac postérieur, volume d'un œuf de poule, allongé en forme de boudin, descendant au-devant de la moitié gauche du sacrum, dont on ne peut atteindre la limite supérieure immobilisable.	Normale	Normale
1180	36 ans	III	. . . . . 1899	11 ans 2 ans	Utérus fibromateux.	Normale	Hémorragie de la délivrance.
1192	39 ans	II	1899	2 ans 10 mois	Fibromes multiples.	Normale	Normale
1385	35 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome sessile de la paroi utérine gauche, volume d'une tête d'enfant d'un an.	Normale	Application de forceps pour impotence fonctionnelle. Délivrance artificielle.
1835	43 ans	III	. . . . . 1900	1 an 9 mois 2 ans 2 mois	Petit fibrome sur la face antéro-latérale gauche.	Albumine	Expulsion d'un fœtus mort et macéré.

TABLEAU V. — **Année 1903 (2.161 accouchements).**

NUMÉRO des observations	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU dernier accouchement	INTERVALLE ENTRE les accouchements	OBSERVATIONS CONCERNANT le nombre, le volume et l'insertion du ou des fibromes	MARCHE DE LA Grossesse	TERMINAISON DE l'accouchement
67	28 ans	II	avril 1896	6 ans 1/2	Petit fibrome sur la paroi antéro-latérale droite	Normale (albuminurie légère).	Au cours du 9e mois. Rien de particulier.
351	35 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibromes multiples sous-péritonéaux.	Normale.	Norm. Rien de partic.
498	42 ans	II	novembre 1890	12 ans 1/2	Fibromes multiples sous-péritonéaux.	Normale.	Norm. Rien de partic. M. 33/3.
533	28 ans	VII	août 1901 (macéré)	1 ou 2 ans. 1er accouchement, en 1896, normal, puis 4 avortements.	Fibrome à droite de la ligne médiane et au-dessus de l'ombilic.	Enfant mort pendant la grossesse. Albuminurie.	Expulsion d'un macéré au cours du 7e mois.
764	41 ans	III	1894	15 ans ; 9 ans.	2 petits fibromes sur la partie gauche de l'utérus.	Présentation du siège.	Accouchem. en présent. du siège.
820	32 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du volume d'une petite mandarine sur la face antérieure de l'utérus, près de la corne gauche.	Enfant mort pendant la grossesse. Cause indéterminée.	Expulsion d'un macéré.
963	35 ans	V	1899	5 ans ; 2 ans ; 4 ans.	Fibrome coiffant la corne droite.	Présentation du siège. Hydramnios.	Normale. Malformations fœtales multiples (spina-bifida. Hydrocéphalie, etc.). Enfant : 2.750 gr. Placenta : 550 gr.
1134	39 ans	III	1899	14 ans.	Utérus fibromateux.	Albuminurie intermit.	Normale.
1212	40 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibromes multiples. Un gros sur la corne droite.	Albuminurie légère.	Près du terme. Rien de particulier.
1467	37 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibromes multiples. Un du volume d'un œuf au fond de l'utérus, fibrome pédiculé. 2 autres fibromes sur la paroi antérieure : 1 à droite et 1 à gauche, le gauche plus volumineux et plus bas.	Pas d'engagement de la présentation céphalique. Rupture prématur. des membranes.	Hémorragie légère du travail. Enfant mort pendant le travail. Poids : 3.020 gr. Placenta : 37/2. Insertion vélamenteuse du cordon.
1412	25 ans	I	. . . . .	. . . . .	2 petits fibromes sur la face antérieure de l'utérus.	Normale.	Normale. M. : 33/6
1460	28 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome pédiculé, mobile, du volume d'un œuf de poule, au niveau de la corne droite. Fibromes du volume d'une amande au niveau de la corne gauche.	Normale.	Au cours du 9e mois. Rien de particulier. M. : 24/9.
1538	38 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du volume du poing au niveau de la corne utérine droite. Fibrome en plaque sur le côté droit de l'utérus. Autre petit fibrome du volume d'une noix sur le côté gauche du corps. Col refoulé derrière la symphyse par tumeur fibromateuse du volume de tête fœtale remplissant l'excavation.	Au 5e mois : douleurs dans la rég. hypogastrique avec irradiations rectales. Au 6e mois : point douloureux dans l'hypocondre dr. Pollakyurie dès le début de la gros. Constip. Présentat. du siège.	Accouch. près du terme. Ascens. du fibrome dans la cavité abdominale, au début du travail. Extraction manuelle de l'enfant en prés. du siège. Enfant : 3.240 gr. M. : 24/9.
1630	29 ans	V	1901	4 ans ; 1 an ; entre 3 ans.	Fibrome de la moitié droite du fond utérin et empiétant sur la face antérieure.	Au cours du 2e mois : doul. dans la rég. hypog. Pas d'engagem. P.s.P. : 10,1.	Enfant né spontan. en état de mort apparente (3.040 gr.). Ranimé.
1675	42 ans	II	1901	2 ans	Fibrome du fond, volume d'une petite noix.	Normale.	Accouchement au cours du 9e mois.
1777	33 ans	I	. . . . .	. . . . .	Utérus fibromateux. Fibrome du fond utérin.	Normale.	Normale. M. : 26/6.
1853	27 ans	II	1902	1 an	Petit fibrome pédiculé sous-péritonéal.	Normale.	Accouch. à 8 mois 1/2.
1928	26 ans	I	. . . . .	. . . . .	2 petits fibromes du volume d'une noix sur la face antérieure de l'utérus.	Enfant mort pendant la grossesse.	Expuls. d'un macéré au 7e mois (syphilis).
2107	29 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome mobile sous-péritonéal, médian, situé à mi-hauteur du pubis et de l'ombilic (gros comme une amande). A droite de l'ombilic, fibrome gros comme une cerise. Un autre fibrome plus gros au niveau de la corne droite.	Albuminurie.	Accouch. au cours du 8e mois. M. : 34/5.

TABLEAU VI. — **Année 1904 (1.574 accouchements).**

NUMERO des observations	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU dernier accouchement	INTERVALLE ENTRE chaque accouchement	OBSERVATIONS CONCERNANT le nombre, le volume et l'insertion du ou des fibromes	MARCHE DE LA Grossesse	TERMINAISON DE l'accouchement
230	30 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome pédiculé de la paroi antérieure de l'utérus, du volume d'un œuf de poule.	Normale.	Normale.
238	32 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la face antérieure de la corne utérine droite, du volume d'un œuf de poule.	Normale.	Normale.
449	28 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus près du fond, du volume d'une noisette.	Normale.	Normale.
477	34 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la grosseur d'une noix siégeant à gauche de la ligne médiane au-dessus de l'ombilic.	Normale.	Normale.
569	40 ans	II	1901	3 ans	2 petits fibromes au fond de l'utérus.	Normale.	Normale.
626	33 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome, gros comme une petite mandarine, au niveau du bord droit de l'utérus.	Normale.	Près du terme
784	43 ans	III	1901	2 ans 3 ans	Fibrome pédiculé, mobile, du volume d'une orange, au fond de l'utérus.	Normale.	Normale.
1058	35 ans	VI	1903	2 ans 1 an 1 an 3 ans 1 an	Fibrome interstitiel sur la face antérieure de l'utérus, au 1/3 supérieur.	Albumine. Présentation du siège.	8e mois. Basiotripsie tête dernière. Hémorragie. Délivrance artificielle.
1089	38 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome du volume d'une orange au niveau de la corne droite.	Présentation du siège. Rupture prématurée des membranes.	A la date du 5 novembre 1904, le médecin qui a envoyé en juil. cette femme à la clinique écrit qu'elle vient d'expulser, après 4 jours de douleurs comparables à celles de l'accouchement, un fibrome pédiculé et pesant 300gr. environ.
1181	32 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome au fond de l'utérus, de la grosseur d'une pomme.	Normale.	Forceps pour impotence. fonct. Hémorragie de la délivrance.
1536	28 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome de la paroi antérieure, gros comme une amande.	Normale.	Normale.
1562	36 ans	I	. . . . .	. . . . .	Fibrome gros comme un gros œuf au fond de l'utérus.	Normale.	Normale.

TABLEAU VI (*suite*).

NUMÉRO des observations	AGE DE LA FEMME	PARITÉ	DATE DU dernier accouchement	INTERVALLE ENTRE chaque accouchement	OBSERVATIONS CONCERNANT le nombre, le volume et l'insertion du ou des fibromes	MARCHE DE LA Grossesse	TERMINAISON DE l'accouchement
1646	30 ans	I	.....	.....	Fibrome du volume d'une cerise sur la partie gauche de l'utérus.	.....	Accouchem. à terme. *Forceps*. (Défaut de rotation.)
1654	32 ans	I	.....	.....	Fibrome de la grosseur d'une noix sur la partie latérale gauche de l'utérus.	Rupture des membr. au cours du 4e mois. Interruption de la grossesse 4 jours après cette rupture. (Rupture consécutive à un coït.)	Avortement (à la suite d'un rapport sexuel)
1672	42 ans	II	1890	14 ans	Fibrome volumineux siégeant à la partie inférieure gauche de l'utérus. Plusieurs fibromes du volume d'une noix, disséminés dans la paroi utérine antérieure.	Au 2e mois : douleurs abdomin. violentes. Interr. au cours du 5e mois (expulsion d'un produit de conception mort et macéré). Père imprim.	Expulsion au 5e mois
1680	37 ans	I	.....	.....	2 fibromes sur la face antérieure de l'utérus, dont l'un du volume d'un œuf de pigeon. Un autre plus petit sur la face latérale droite.	.....	Accouchem. au 9e mois. Normal.
1683	30 ans	II	1er octobre 1900	4 ans	Petit fibrome du volume d'une noisette sur la face antérieure de l'utérus.	Rupture prémat. 68 h. avant le début du travail.	Accouchement au 7e mois. Spontané. M. : 25/10.
1712	31 ans	II	1895	9 ans	Fibrome du volume d'une petite pomme sur la paroi antérieure de l'utérus.	Hémorrhagies pendant les 2 derniers mois de la grossesse. Présentation du siège. Version externe.	Accouchement à terme. Spontané.
1751	38 ans	I	.....	.....	Petit fibrome du volume d'une cerise au niveau de l'ombilic.	Rupture prématurée.	Accouchem. au 9e mois. Spontané (4 h. 35 d'expul.). (Membr 22/9.
1766	32 ans	I	.....	.....	Petit fibrome au fond de l'utérus.	Rupture prématurée.	Accouchem. au 9e mois Spontané. Membr. déchirées.
1413	42 ans	I	.....	.....	Au cours de la délivrance artificielle on constate sur la paroi postérieure de la cavité utérine un relief du volume d'une noix et constitué par un fibrome.	.....	Présentat. de la face. *Hémorrh. du travail*. Enfant mort pendant le travail (cours du 9e mois). *Basiotripsie*. Délivr. artific. Insertion basse du placenta.
1475	37 ans	II	1897	7 ans	3 fibromes pédiculés sur la partie postéro-supérieure de l'utérus.	.....	Accouchem. spontané à terme.
1536	28 ans	I	.....	.....	Fibrome du volume d'une cerise sur la paroi antérieure de l'utérus, à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic. Un autre également sur la paroi antérieure et à 2 travers de doigt du 1er.	.....	Accouchem. au 9e mois. Spontané. M. : 30/2
1562	36 ans	I	.....	.....	Utérus fibromateux.	.....	Accouchem. au 9e mois Spontané. M. : 26/6
1591	33 ans	I	.....	.....	Fibrome sur la corne utérine gauche.	Rupture prématurée 5 jours avant l'accouchement.	Accouchem. au 8e mois. Spontané. M. : 22/9
1616	32 ans	V	novembre 1903	2 ans ; 4 ans ; 4 ans ; 1 an.	Fibrome de la grosseur d'un œuf sur le 1/3 supérieur du bord droit de l'utérus.	.....	Accouchement à terme. Spontané.
1636	28 ans	II	octobre 1903	1 an	Petit fibrome sur la face antérieure et bord gauche de l'utérus.	.....	A terme. *Forceps*. Lenteur de la pér. d'expulsion.

TABLEAU VII. — **Opérations pratiquées pour fibromes à**

NUMÉROS DES observations	AGE	MENSTRUATION	MARIÉE	NON MARIÉE	GROSSESSES ANTÉRIEURES	STÉRILITÉ
1	38 ans	12 ans. Amén. de 12 à 18 ans, depuis ménorrhagie.	oui à ?	»	0	oui
2	42 ans	11 ans, régul. 3 jours.	oui à ?	»	1 accouchement gémellaire en 1878.	»
3	42 ans	12 ans, régul. 3 jours.	oui à ?	»	0	oui
4	36 ans	14 ans, régul. 3 ou 4 jours.	oui à ?	»	1 accouchement à terme : en 1876.	»
5	48 ans	16 ans, régul. 5 jours.	oui à ?	»	3 accouchements à terme : en 1866, 1869, 1872.	»
6	43 ans	18 ans, régul. 8 jours.	oui à ?	»	4 accouchements à terme, le 1er en 1872, le 4e en 1878, suivi de péritonite.	»
7	43 ans	18 ans, irrégul. à peine 1 jour.	oui à 22 ans	»	6 accouchements à terme et 10 (?) avortements de 6 semaines à 6 mois. Date du 1er accouchement, 1875 ; du dernier, mars 1893.	»
8	40 ans	12 ans, régul. 5 à 6 jours	oui à 36 ans	»	0	oui
9	29 ans	15 ans, régul. 2 à 3 jours.	oui à 21 ans	»	1 accouchement à terme en novembre 1892.	»
10	43 ans	15 ans, rég., mais abond. 7 à 8 jours.	oui à 20 ans	»	0	oui
11	49 ans	11 ans, régul. 3 à 4 jours.	oui à 16 ans 1/2	»	2 accouchements à terme : en 1865 et 1875.	»
12	14 ans	12 ans, rég., mais abond. Durée 5 à 6 jours.	oui à 20 ans	»	2 accouchements à terme, en 1872 et 1875.	»
13	36 ans	15 ans, rég., mais abond. Durée 8 à 10 jours.	oui à 21 ans	»	0	oui
14	48 ans	15 ans, régul. 5 à 6 jours.	oui à 18 ans	»	2 avortements de 3 mois en 1865 et en 1874. 1 accouchement spontané à terme en 1866. Le 2e avortement a été suivi de péritonite, et depuis plusieurs crises de pelvi-péritonite.	»
15	52 ans	17 ans, régul. 4 jours.	non	oui	2 avortements de 3 mois 1/2 en 1862 et 1864 : à 18 et 20 ans.	»

(1) Les observations de ce tableau ont été rédigées par le Dr Le Masson, répétiteur de gynécologie à la Clinique Baudeloc

inique Baudelocque depuis 1893 jusqu'au 31 décembre 1904. (1)

AFFECTIONS COEXISTANT POUVANT ENTRAINER la stérilité.	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE LA dernière grossesse et l'opération.	INDICATIONS DE L'INTERVENTION	NATURE ET DATE de l'intervention.	RÉSULTATS	OBSERVATIONS
»	»	Métrorrhagies profuses	Hyst. Vag. 1er février 1893.	G.	»
Métrite en 1890.	15 ans	Dysurie, douleurs ; augmentation de volume du ventre.	H. V. 4 octobre 1893.	G.	770 grammes.
»	»	Douleurs, ménorrhagies et métrorrhagies.	H. V. 18 octobre 1893.	G.	950 grammes.
Crise de pelvi-péritonite grave en 1878. Pyosalpinx gauche.	17 ans	Douleurs vives. Fièvre, etc.	H. V. 8 novembre 1893.	G.	310 grammes.
En 1888, ablation d'un 1er polype fibreux par le docteur Segond père. Annexes douloureuses.	21 ans, laps de temps coupé par l'ablation du 1er polype.	Douleurs, puis retour offensif de métrorrhagies profuses.	H. V. 29 novembre 1893.	G.	1 polype fibreux et utérus farci de petits fibromes; annexes laissées à cause de nombreuses adhérences.
»	15 ans	Douleurs, ménorrhagies, puis métrorrhagies.	H. V. 6 décembre 1893.	M.	2 petits fibromes sous-muqueux.
»	1 an	Douleurs abdominales, ménorrhagies abondantes depuis le dernier accouchement.	H. V. 16 mai 1894.	G.	940 grammes.
»	»	Douleurs, ménorrhagies puis métrorrhagies.	H. Abd. le 7 novembre 1894.	G.	2 kgr. 150
»	2 ans	Ménorrhagies. Accroissement rapide du fibrome.	H. V. 14 novembre 1894.	G.	790 grammes. Le fibrome (alors petit) existait déjà et avait été diagnostiqué au cours de la grossesse en 1892.
»	»	Ménorrhagies, développement du ventre.	H. A. 3 juillet 1895.	G.	3 kgr. 150
»	20 ans	Abondantes ménorrhagies depuis 3 ans et gros polype fibreux engagé dans le col.	Excision du polype par voie vaginale, 21 juillet 1895.	G.	Le polype fibreux a déterminé une inversion partielle du corps de l'utérus.
»	20 ans	Abondantes ménorrhagies depuis 3 ou 4 ans, puis développement du ventre.	H. A. le 16 octobre 1895.	G.	1.080 grammes.
Métrite chronique.	»	Ménorrhagies de tout temps. Phénomènes de compression très douloureuse du côté de la vessie.	H. V. 29 janvier 1896.	G.	275 grammes. Petit kyste des lèvres gauches.
»	22 ans	Douleurs, plusieurs crises de pelvipéritonite depuis le 2e avortement	H. V. 5 février 1896.	G.	Fibrome de 150 grammes. Nombreuses adhérences anciennes, sans lésions appréciables des annexes.
»	32 ans	Ménorrhagies, douleurs depuis 1893 ; augmentation de volume du ventre depuis 1895.	H. V. 11 mars 1896.	G.	840 grammes.

NUMÉROS DES observations	AGE	MENSTRUATION	MARIÉE	NON MARIÉE	GROSSESSES ANTÉRIEURES	STÉRILITÉ
16	41 ans	12 ans, régul. 3 ou 4 jours.	oui à 20 ans	»	2 accouchements à terme : en 1876 et 1877.	»
17	40 ans	14 ans, irrégul., 8 jours abondantes.	oui à 16 ans	»	3 accouchements à terme : en 1872. 1877 et 1882. 1 avortement de 2 mois 1/2 en 1893.	»
18	30 ans	13 ans, régul. Durée 3 ou 4 jours.	oui à 26 ans	»	1 avortement de 2 mois en novembre 1895.	»
19	30 ans	13 ans, rég. Durée 3 jours.	oui à 28 ans	»	0	oui
20	43 ans	12 ans, régul. 3 jours.	oui à 20 ans	»	3 accouchements à terme : en 1874, 1876 et 1878 ; le 3e suivi d'une pelvi-péritonite grave (3 mois).	»
21	45 ans	11 ans, régul. 4 à 5 jours.	oui à 16 ans	»	2 accouchements à terme : en 1869 et en 1870.	»
22	46 ans	13 ans, régul. 3 à 4 jours.	oui à 20 ans	»	2 accouchements à terme : en 1872 et en 1874.	»
23	36 ans	11 ans, régul. 8 jours.	oui à 24 ans	»	0	oui
24	46 ans	14 ans, régul. 3 à 4 jours.	oui à 18 ans	»	1 accouchement à terme en 1870. 1 avortement de 3 mois en 1887.	»

AFFECTIONS COEXISTANT POUVANT ENTRAINER la stérilité.	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE LA dernière grossesse et l'opération.	INDICATIONS DE L'INTERVENTION	NATURE ET DATE de l'intervention.	RÉSULTATS	OBSERVATIONS
létrite du col en 1886	19 ans	Fibrome constaté en 1890 (œuf de poule). Ménorrhagies, abdominales, douleurs et augmentation du ventre depuis août 1895.	H. V. 18 mars 1896.	M.	1.160 grammes.
»	14 ans. Il y avait eu avortement de 2 mois 1/2 en 1893, mais le fibrome avait été diagnostiqué antérieurement.	Ménorrhagies depuis 1893 puis augmentation du volume du ventre.	H. V. 1er avril 1896.	G.	800 grammes.
»	1 an	Le diagnostic du fibrome fut fait au cours de la délivrance par le toucher intra-utérin. Ménorrh. très abondantes depuis 1895. Mauvais état général.	H. V. 29 avril 1896.	G.	830 grammes (myome pur).
»	»	3 métrorrhagies abondantes ayant déterminé déchéance organique grave.	H. A. le 30 décembre 1896.	M.	Fibrome *pédiculé* de la corne utérine gauche, volume du poing.
alpingite gauche.	19 ans	Ménorrhagies depuis 1893 douleurs abdominales, phénomènes de compression.	H. V. 6 janvier 1897.	M. par occlusion suraiguë due à bride cicatricielle.	440 grammes.
;phrite interstitielle avec hypertrophie cardiaque et bruit de galop.	27 ans	Ménorrhagies depuis 1890 puis métrorrhagies depuis 1893. Augmentation de volume du ventre.	H. V. 27 janvier 1897.	M. par urémie à forme dyspnéique	880 grammes.
»	23 ans	Ménorrhagies depuis 1893 développement rapide de la tumeur, phénomènes de compression.	H. V. 24 février 1897.	M. à la suite d'une hémorrhagie secondaire, survenue à l'ablation des pinces.	2 kgr. 300
ste tubo-ovarien suppuré à gauche. Petit kyste à droite	»	Ménorrhagies abondantes depuis 1895, puis métrorrhagies, affaiblissement général.	H. V. 14 avril 1897.	G.	Plusieurs petits fibromes sous-muqueux.
»	10 ans, 27 ans (si on compte seul l'accouchem.).	Augmentation de volume du ventre depuis 1895, douleurs, phénomènes de compression.	H. A. 9 juin 1897.	G.	3 kgr. 440

NUMÉROS DES observations	AGE	MENSTRUATION	MARIÉE	NON MARIÉE	GROSSESSES ANTÉRIEURES	STÉRILITÉ
25	47 ans	12 ans. régul. 4 à 5 jours.	»	oui	0	»
26	63 ans	18 ans, régul. 3 à 4 jours.	oui à 28 ans	»	0	»
27	40 ans	12 ans, régul. 8 à 10 jours.	oui à 21 ans	»	1 avortement de 5 mois en 1880.	»
28	36 ans	12 ans, régul. 4 à 5 jours.	oui à 22 ans	»	3 avortements de 6 semaines à 3 mois : en 1883, 1884 et 1895 ; le dernier suivi de rétention placentaire et de crise de pelvipéritonite.	»
29	54 ans	14 ans, régul. 1 à 2 jours.	oui à 31 ans	»	0	oui
30	45 ans	14 ans, régul. 5 à 6 jours.	oui à 18 ans	»	2 accouchements à terme : en 1873 et en 1875.	»
31	42 ans	11 ans, régul. 8 jours.	oui à 24 ans	»	1 avortement (?) de 6 semaines en 1896 (à 40 ans).	»
32	35 ans	15 ans, irrég. 8 jours.	oui à 31 ans	»	0	oui
33	38 ans	12 ans, régul. 4 à 5 jours.	oui à 27 ans	»	2 avortements: le 1er de 3 mois 1/2 en 1888; le 2e de 4 mois 1/2 en 1893 à Baudelocque, à l'occasion duquel le fibrome, déjà volumineux (poing), avait été diagnostiqué.	»
34	35 ans	15 ans. régul. 3 à 4 jours.	oui à 21 ans	»	1 accouchement à terme en 1886.	»
35	37 ans	16 ans, régul. 6 à 7 jours.	oui à 23 ans	»	3 accouchements à terme : en 1886, 1890 et janvier 1899.	»
36	39 ans	13 ans, régul. 4 jours.	oui à 23 ans	»	1 accouchement à terme en 1885.	»
37	43 ans	12 ans, régul. 3 à 4 jours.	oui à 20 ans	»	1 accouchement à terme en 1873.	»
38	42 ans	15 ans, régul. 8 jours.	oui à 22 ans	»	0	oui

AFFECTIONS COEXISTANT POUVANT ENTRAINER la stérilité.	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE LA dernière grossesse et l'opération.	INDICATIONS DE L'INTERVENTION	NATURE ET DATE de l'intervention.	RÉSULTATS	OBSERVATIONS
»	»	Développement de la tumeur. Douleurs.	H. A. 16 juin 1897.	G.	3 kgr. 350
»	»	En juillet 1896, douleurs violentes, métrorrhagies et développement de la tumeur appréciable.	H. A. 15 décembre 1897.	G.	Fibromes multiples anciens ayant subi dégénérescence sarcomat. et pesant 3 kgr. 360.
»	18 ans	Douleurs, métrorrhagies profuses, développement de la tumeur.	H. A. le 9 mars 1898.	G.	1 kgr. 900
Salpingite gauche et petit kyste hématique de l'ovaire gauche.	Un fibrome avait été constaté en 1891, à l'occasion d'un curettage qui lui avait été fait pour métrite.	Douleurs très vives, ménorrhagies. Augmentation de volume du ventre.	H. V. 20 avril 1898.	G.	Utérus farci de petits fibromes interstitiels et de 4 petits fibromes sous-péritonéaux. Salpingite gauche. Hypertrophie et petit kyste hématique de l'ovaire gauche.
2 kystes multiloculaires des 2 ovaires	»	Développement considérable du ventre et phénomènes de compression vésicale.	H. A. 27 avril 1898.	G.	Utérus fibromateux (8 fibromes sous-muqueux interstitiels et sous-péritonéaux), plus les 2 kystes des ovaires.
»	23 ans	Ménorrhagies depuis 1896 développement du ventre.	H. A. 7 décembre 1898.	G.	3 kgr. 760
»	»	Douleurs depuis 1894. Développement depuis 1898. Phénomènes de compression.	H. V. 14 décembre 1898.	G.	560 grammes.
Ovaires scléro-kystiques.	»	Ménorrhagies depuis 1896 métrorrhagies profuses depuis 1897.	H. V. 22 mars 1899.	G.	Fibrome sous-muqueux de 170 grammes. Ovaires scléro-kystiques.
»	»	Métrorrhagie abondante en 1898, développement du ventre.	H. A. 31 mai 1898.	G.	2 kgr. 515
»	13 ans	Ménorrhagies, douleurs et augmentation de volume depuis 1898.	H. A. 7 juin 1899.	G.	825 grammes (fibrome seul).
»	»	Douleurs à la fin de la 3e grossesse. L'examen alors pratiqué fit découvrir le fibrome.	H. V. 14 juin 1899.	G.	Fibrome (mandarine) à long pédicule rubanné implanté sur le segment inférieur de l'utérus.
Crise de pelvi-péritonite en 1888.	14 ans	Douleurs vives, depuis 7 ans, soignée tout le temps pour métrite et salpingite.	H. V. 12 juillet 1899.	G.	420 grammes. Adhérences anciennes sans lésions annexielles appréciables.
»	22 ans	Ménorrhagies depuis 1897 devenues de plus en plus abondantes.	H. A. 28 mars 1900.	G.	1.640 grammes. Un fibrome de 700 grammes.
»	»	Ménorrhagies puis métrorrhagies profuses depuis 1896.	Excision d'un polype 16 mai 1900.	G.	Polype fibreux du volume d'un œuf de poule.

NUMÉROS DES observations	AGE	MENSTRUATION	MARIÉE	NON MARIÉE	GROSSESSES ANTÉRIEURES	STÉRILITÉ
39	53 ans	13 ans, régul. 4 à 5 jours.	oui à 37 ans	»	0	oui
40	40 ans	11 ans, régul. 8 jours.	oui à 26 ans	»	0	oui
41	50 ans	11 ans, régul. 3 à 4 jours	»	oui	2 accouchements à terme : en 1880 et 1882.	»
42	46 ans	12 ans, irrég. 10 à 12 jours.	»	oui	2 avortements de 4 mois et de 2 mois, en 1879 et 1881.	»
43	38 ans	12 ans, régul. 3 à 4 jours.	»	oui (vierge)	0	vierge
44	58 ans	10 ans, régul. 4 jours.	oui à 40 ans	»	0	oui mais dans des conditions spéciales.
45	47 ans	14 ans, régul. 2 à 3 jours.	oui à 20 ans	»	1 accouchement spontané à terme en 1874.	»
46	44 ans	15 ans, régul. 4 à 5 jours.	oui à 21 ans	»	1 accouchement à terme en 1881.	»
47	39 ans	13 ans, régul. 8 jours.	»	oui	0	oui
48	34 ans	13 ans, régul. 4 à 5 jours.	»	oui	1 accouchement spontané à terme en 1885.	»

AFFECTIONS COEXISTANT POUVANT ENTRAINER la stérilité.	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE LA dernière grossesse et l'opération.	INDICATIONS DE L'INTERVENTION.	NATURE ET DATE de l'intervention	RÉSULTATS	OBSERVATIONS
»	»	Ménorrhagies depuis 1890, métrorrhagies depuis 1899. En même temps développement progressif du ventre.	H. A. 16 mai 1900.	G.	2 kgr. 230
»	»	Les règles ont duré toujours 8 jours depuis le début de la menstruation jusqu'en janvier 1899, époque à laquelle elles sont devenues de plus plus rares. Augmentation du ventre depuis mai 1899.	H. A. 13 juin 1900.	G.	4 kgr. 900. Fibrome ayant subi dégénérescence œdémateuse.
»	18 ans	Ménorrhagies depuis 1896, douleurs, phén. de compression vésicale et rectale.	H. V. 20 juin 1900.	G.	570 grammes.
»	21 ans	Ménorrhagies de 10 à 15 jours dep. août 1899. Métrorrhagies profuses depuis le mois de juillet 1900. Douleurs abdominales.	H. V. 6 février 1901.	G.	2 Fibromes (un du volume d'une grosse noix); un second presque pédiculé, sous-péritonéal du volume d'une mandarine. Gros ovaire scléro-kystique gauche et hématosalpinx droit.
»	»	Ménorrhagies de 10 à 12 jours depuis août 1900.	H. V. 20 mars 1901.	G.	Polype fibreux (prune), de plus fibrome de 270 grammes.
»	»	Petites métrorrhagies depuis la ménopause (50 ans) devenues des métrorrhagies profuses depuis 1900. Douleurs vives.	H. A. 24 avril 1901.	M.	Fibrome de 875 grammes ayant subi la dégénérescence sarcomateuse.
»	27 ans	Ménorrhagies depuis mai 1900, augmentation de volume du ventre depuis 1897.— Douleurs lombaires, phénomènes de compression.	H. A. 1er mai 1901.	G.	1.530 grammes.
»	20 ans	Depuis 1900, douleurs abdominales et lomb. développement du ventre, ménorrhagies en mai 1901. Phénomènes de compression.	H. A. 29 mai 1901.	G.	1.600 grammes. Fibrome en voie de dégénérescence sarcomateuse.
»	»	Ménorrhagies datant du début de la menstruation, devenues très abondantes depuis 1900 Développement du ventre.	H. A. 19 juin 1901.	G.	970 grammes.
»	16 ans	Menorrhagies depuis 1894, puis métrorrhagies.	H. V. 10 juillet 1901.	G.	310 grammes.

NUMÉROS DES observations	AGE	MENSTRUATION	MARIÉE	NON MARIÉE	GROSSESSES ANTÉRIEURES	STÉRILIT
49	35 ans	13 ans, régul. 2 à 3 jours.	oui à 28 ans	»	0	oui
50	40 ans	11 ans, régul. 3 ou 4 jours.	»	oui	0	oui mais
51	45 ans	12 ans, régul. 8 jours.	»	oui	0	»
52	35 ans	14 ans, irrég. 8 jours.	»	oui	0	oui mais
53	35 ans	10 ans, régul. 4 à 5 jours.	oui à 22 ans	»	4 avortements de 3 mois environ : 3 après le massage, le 4e en 1893. 1 accouchement à terme (siège), en 1892. 2 accouchements prématurés à 7 mois et 7 mois 1/2 en 1896 et 1897.	»
54	38 ans	16 ans, régul. 7 à 8 jours.	oui à 22 ans	»	0	oui
55	38 ans	12 ans, régul. 4 à 5 jours.	oui à 25 ans	»	0	oui
56	42 ans	13 ans, régul. 4 jours.	oui à 28 ans	»	1 accouchement à terme en 1891.	»
57	42 ans	12 ans, régul. 3 à 4 jours.	oui à 21 ans	»	0	oui
58	45 ans	à 19 ans, très irrég., doul. 2 à 3 jours.	oui à 24 ans	»	1 avortement de 5 mois en 1882.	»

AFFECTIONS COEXISTANT POUVANT ENTRAINER la stérilité.	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE LA dernière grossesse et l'opération.	INDICATIONS DE L'INTERVENTION	NATURE ET DATE de l'intervention.	RÉSULTATS	OBSERVATIONS
Pyosalpinx double, mais la crise de pelvipéritonite initiale n'avait eu lieu qu'en mai 1901.	»	Fibrome diagnostiqué à l'occasion de la crise de pelvi-péritonite.	H. A. 11 décembre 1901.	G.	870 grammes (fibrome sous-péritonéal) et pyosalpinx double.
»	»	Ménorrhagies depuis 1899, douleurs abdominales, phénomènes de compression.	H. V. 5 mars 1902.	G.	600 grammes.
»	»	Ménorrhagies, durant de 8 à 15 jours, depuis 1899. Phénomènes de compression, petit bassin.	H. A. 23avril 1902.	G.	Polype fibreux du fond de l'utérus et fibrome interstitiel; le tout pèse 980 grammes.
»	»	Augmentation de volume du ventre en 1899 et à cette époque recrudescence des ménorrhagies	H. V. 11 juin 1902.	G.	600 grammes.
»	5 ans	Ménorrhagies abondantes depuis 1899 et métrorrhagies très profuses depuis 1901.	H. V. 2 juillet 1902.	G.	Polype fibreux sessile du fond de l'utérus. Petit fibrome inclus dans ligament large gauche.
»	»	Ménorrhagies depuis 1900, douleurs, développement d'abord progressif, puis rapide de la tumeur.	H. A. 9 juillet 1902.	G. opérat.	1.800 grammes. Fibrome ayant subi dégénérescence épithéliale et épithéliome du col.
»	»	Métrorrhagies abondantes depuis décemb. 1901.	H. V. 23 juillet 1902.	M.	Fibrome de 100 grammes.
»	11 ans	Ménorrhagies depuis 1897, développement de tumeur. Phénomènes de compression.	H. A. 23 juillet 1902.	G. opérat.	1 kgr. 230, fibrome ayant subi dégénérescence épithéliomateuse.
»	»	Aucun symptôme jusqu'à 1901; alors, ménorrhagies et douleurs. puis plusieurs métrorrhagies depuis avril 1902.	H. A. 22 octobre 1902.	G.	1 kgr. 750. Annexite droite suppurée ancienne.
»	20 ans	Grosseur perçue, en décembre 1901, par la malade. Ménorrhagies très douloureuses.	H. V. 12 novembre 1902.	G.	Utérus fibromateux en rétroflexion très accusée pesant 590 gr., kyste hématique de l'ovaire gauche.

NUMÉROS DES observations	AGE	MENSTRUATION	MARIEE	NON MARIÉE	GROSSESSES ANTÉRIEURES	STÉRILITÉ
59	48 ans	12 ans, régul. 4 à 5 jours.	oui à 19 ans	»	3 accouchements à terme : en 1876, 1877 et 1887. 1 avortement de 6 semaines en 1882.	»
60	42 ans	13 ans, régul. 8 jours.	oui à 17 ans	»	2 accouchements à terme : en 1877 et 1881.	»
61	37 ans	14 ans régul. 5 à 6 jours, abondant.	oui à 29 ans	»	2 accouchements à terme : en 1895 et 1897.	»
62	30 ans	13 ans, régul. 3 à 4 jours.	oui à 30 ans	»	0	oui
63	50 ans	13 ans, régul. 3 jours.	oui à 25 ans	»	1 avortement de 6 semaines(?) à 26 ans.	»
64	36 ans	13 ans 1/2, rég. 4 à 5 jours.	»	oui (vierge)	0	»
65	43 ans	13 ans, régul. 8 jours.	oui à 26 ans	»	1 accouchement à terme en 1887. Au cours de la grossesse kyste dermoïde de l'ovaire droit diagnostiqué et opéré le 25 avril 1888.	»
66	48 ans	18 ans, régul. 4 à 5 jours.	oui à 28 ans	»	0	oui
67	35 ans	18 ans, régul. 3 jours.	oui à 28 ans	»	1 avortement de 2 mois en 1897.	»
68	31 ans	13 ans, régul. 7 à 8 jours.	oui à 21 ans	»	1 accouchement à terme en 1895.	»

AFFECTIONS COEXISTANT POUVANT ENTRAINER la stérilité.	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE LA dernière grossesse et l'opération.	INDICATIONS DE L'INTERVENTION	NATURE ET DATE de l'intervention.	RÉSULTATS	OBSERVATIONS
Fièvres intermittentes depuis 1886 (séjour en Perse).	15 ans	Ménorrhagies de plus en plus abondantes depuis 1896, 2 curettages en octobre et nov. 1897.	H. A. 19 novembre 1902.	G.	1.150 grammes.
	21 ans	Abondante métrorrhagie en 1895 ; en juin 1902, rétention d'urine nécessitant le cathétérisme.	H. V. 10 décembre 1902.	G.	540 grammes.
»	5 ans	Douleurs lombaires depuis 1897.	H. V. 14 janvier 1903.	G.	Fibrome sous-péritonéal (prune) et fibrome du ligament large (mandarine); le tout pèse 240 grammes.
»	»	Ménorrhagies depuis 1900, métrorrhagies en 1902. Tumeurs.	H. V. 1er avril 1903.	G.	Fibrome intra-ligamentaire, du poids de 720 grammes.
»	24 ans (si l'on compte l'avortement)	Métrorrhagies profuses depuis 1902.	H. V. 27 mai 1903.	G.	2 fibromes sous-muqueux (230 grammes).
»	»	Ménorrhagies, douleurs, tumeur depuis 1903 (3 mois).	H. A. 23 décembre 1903.	G.	1.120 grammes.
»	16 ans	Trouvaille des fibromes à l'occasion de troubles nerveux.	H. A. 10 février 1904.	G.	Fibromes multiples (580 grammes) de l'ovaire gauche kystique.
»	»	Ménorrhagies et métrorrhagies depuis 1903.	H. A. 2 mars 1904.	G.	Fibromes multiples (1.070 gr., annexes saines.
yosalpinx gauche	6 ans	Ménorrhagies depuis 1901, puis douleurs.	H. A. 16 mars 1904.	M.	800 grammes et pyosalpinx gauche.
»	8 ans	En 1903. ménorrhagies abondantes et douleurs.	Cervicotomie et énucléation par voie vaginale, 27 avril 1904.	G.	Fibrome pariétal de 400 grammes.

TROIS CAS D'HYSTÉRECTOMIE POUR KYSTES DE L'OVAIRE

INDICATIONS DE LA CASTRATION ABDOMINALE TOTALE DANS LE TRAITEMENT DES NÉOPLASMES ANNEXIELS

Par **Ch. Lenormant**, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les indications de l'hystérectomie abdominale dans le traitement des affections inflammatoires des annexes, ne se discutent plus, et la plupart des chirurgiens admettent que toute salpingite bilatérale relève de cette intervention. Les raisons qui déterminent à faire ainsi le sacrifice systématique de l'utérus, sont de deux ordres: c'est d'abord ce fait clinique que l'utérus, toujours infecté en même temps que les trompes, resterait douloureux et ne vaut pas d'être conservé ; ce sont ensuite des raisons d'ordre technique, l'ablation de l'utérus rendant relativement aisée, dans beaucoup de cas, l'extirpation de poches adhérentes, qui seraient sans cela difficiles ou même impossibles à enlever, et permettant une meilleure hémostase et une meilleure reconstitution du péritoine pelvien.

Dans les maladies néoplasiques des annexes (kystes et tumeurs solides de l'ovaire, kystes du ligament large), l'hystérectomie n'est qu'une opération d'exception que les livres classiques ne mentionnent pas, et dont on ne saurait faire une méthode générale de traitement comme dans la salpingite. Mais, si ses indications sont relativement rares, elles n'en existent pas moins, et dans un certain nombre de cas où une tumeur, kystique ou non, des annexes était la lésion unique ou principale, on a dû, *par nécessité*, enlever en même temps l'utérus. Toutes les grandes statistiques de chirurgie pelvienne publiées depuis une dizaine d'années renferment des observations de ce genre.

A côté de ces faits isolés que mentionnent simplement leurs auteurs, un certain nombre de travaux récents ont été consacrés plus spécialement à l'étude des indications de l'hystérectomie dans le traitement des kystes et des tumeurs des annexes.

En 1897, Delagénière faisait, au *Congrès français de chirurgie*, une

communication sur « l'hystérectomie abdominale totale comme temps préliminaire de l'extirpation des kystes papillaires intraligamentaires », avec deux cas suivis de guérison. En 1900, Quénu et Longuet (1), dans un article basé sur 9 observations personnelles et sur 15 cas recueillis dans les publications antérieures, étudient très complètement les indications et les contre-indications de l'hystérectomie dans les néoplasmes annexiels. L'année suivante, Ranson (2), élève de Quénu, revient dans sa thèse sur le même sujet, apportant une douzaine d'observations nouvelles et arrivant d'ailleurs aux mêmes conclusions que son maître.

Delaunay, n'envisageant que le cas particulier de l'hystérectomie dans les tumeurs malignes et les kystes végétants de l'ovaire, rapporte deux observations au Congrès de chirurgie (3) et inspire, sur ce sujet, la thèse de La Colombe de la Volpilière (4).

Enfin la *Société de chirurgie* s'est occupée incidemment de cette question, une première fois en 1900, à propos d'un rapport de Monod sur une observation de Girou (coexistence d'un kyste du ligament large et d'un fibrome utérin pédiculé, ablation des deux tumeurs avec conservation de l'utérus) ; puis, en 1902 et 1903, au cours de la discussion sur les *néoplasmes associés*.

Depuis lors, des observations isolées ont été publiées par Oui (5), Guelliot (6), Delfosse (7).

J'ai eu moi-même l'occasion de pratiquer trois fois l'hystérectomie abdominale chez des femmes atteintes de kystes de l'ovaire ; dans un cas, le kyste, très adhérent à la face postérieure de l'utérus, existait seul ; dans les deux autres, il y avait, à côté d'un kyste inclus dans le ligament large, un utérus fibromateux de volume peu considérable. Voici ces trois observations.

---

(1) Quénu et Longuet, De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des kystes et tumeurs solides de l'ovaire. *Revue de chirurgie*, t. XXII, juillet 1900.

(2) Ranson, *Etude sur l'hystérectomie abdominale appliquée au traitement des kystes et des tumeurs solides de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1901.

(3) Delaunay, De l'ablation totale de l'utérus et des annexes dans le cas de tumeurs malignes de l'ovaire. *Congrès français de chirurgie*, 1901.

(4) La Colombe de la Volpilière, *De la dégénérescence épithéliale secondaire de l'utérus consécutive à l'évolution maligne d'un kyste mucoïde de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1901.

(5) Oui, Communic. à la *Soc. centrale de médecine du Nord. Nord médical*, 1901, p. 69.

(6) Guelliot, *Union médicale du Nord-Est*, n° 10, 30 mai 1902.

(7) Delfosse, Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche inclus dans le bassin et le ligament large ; extirpation, hystérectomie totale ; guérison. *Journal des Sc. médicales de Lille*, 1902, vol. I, p. 508.

Obs. 1. — *Kyste inclus dans le ligament large droit et utérus fibromateux. Hystérectomie abdominale supra-vaginale. Guérison.*

Femme de 37 ans, entrée le 7 mai 1904 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Reynier.

Rien de particulier dans les antécédents. L'examen montre l'existence d'une tumeur pelvienne, de consistance ferme, assez régulièrement arrondie, remontant jusqu'au milieu de la distance entre l'ombilic et le pubis ; cette tumeur est à peu près médiane, bien qu'un peu plus développée du côté droit.

Malgré l'absence de métrorrhagies et bien que la palpation soit assez douloureuse, on fait le diagnostic de fibrome utérin.

Opération le 20 mai (chloroforme, plan incliné). — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On aperçoit d'abord un gros kyste inclus dans le ligament large droit et dont la surface est sillonnée de veines très volumineuses ; ce kyste refoule vers la gauche l'utérus qui a le volume de deux poings et dont les deux faces sont bosselées de noyaux fibromateux gros comme une noisette ou une noix ; les annexes gauches, anormalement vascularisées, adhèrent à la face postérieure de l'utérus.

En présence de ces lésions, je me décide à faire l'ablation de l'utérus et des annexes des deux côtés. Mais auparavant, je ponctionne le kyste du ligament large qui renferme environ 900 grammes de liquide séreux, puis j'incise le feuillet péritonéal qui le recouvre et je décortique la partie supérieure de la poche. Je pratique ensuite l'hystérectomie supra-vaginale par le procédé américain, en libérant d'abord les annexes gauches ; une fois le col utérin sectionné, je termine en décortiquant de bas en haut la partie inférieure du kyste. La péritonisation suffit à arrêter le suintement hémorragique en nappe du ligament large droit. La paroi abdominale est fermée par un seul plan de suture au fil d'argent. Drainage.

Suites opératoires. — Sans incident. Ablation des fils le neuvième jour.

La malade se lève le 11 juin et quitte l'hôpital le 23.

Obs. 2. — *Kyste de l'ovaire adhérent à l'utérus. Hystérectomie abdominale supra-vaginale. Guérison.*

Femme de 28 ans, entrée le 19 mai 1904 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Reynier.

Il y a 7 ans, cette malade a subi une colpotomie pour une affection sur laquelle elle ne peut donner aucun renseignement. Sa santé a été bonne après cette opération ; mais, depuis quelques mois, elle a remarqué une augmentation de volume du bas-ventre, sans douleur, ni trouble fonctionnel.

La palpation bimanuelle permet de sentir, à gauche de l'utérus, une volumineuse tumeur, régulièrement arrondie, tendue, peu mobile, indolente à la palpation ; cette tumeur remonte jusqu'à l'ombilic. Diagnostic : kyste ou tumeur de l'ovaire.

Opération le 31 mai (chloroforme, plan incliné). — L'incision médiane conduit sur un volumineux kyste de l'ovaire gauche, qui remplit toute la partie inférieure du ventre et empêche d'explorer le bassin. Le kyste est vidé par ponction et l'on peut alors constater que la poche, non pédiculisée, descend jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas auquel elle adhère; qu'elle adhère en outre, en arrière, à l'intestin et en avant, d'une façon très intime, à la face postérieure de l'utérus. Celui-ci est de volume et d'aspect normal; l'ovaire droit est transformé en un kyste du volume du poing.

Il paraît impossible d'enlever complètement le grand kyste en conservant l'utérus; l'hystérectomie supra-vaginale est donc pratiquée; on termine en décortiquant la partie inférieure, adhérente au Douglas, du grand kyste. Fermeture de la paroi abdominale par une suture à trois étages. Drainage du cul-de-sac de Douglas par un tube de caoutchouc.

Suites opératoires. — D'abord normales. Puis, au bout de quelques jours, le trajet du drain s'infecte et il en résulte, à la partie inférieure de la plaie, une fistule qui retarde la cicatrisation. Celle-ci est cependant achevée au commencement de juillet, et la malade quitte l'hôpital le 8 juillet.

Obs. 3. — *Kyste du ligament large droit et utérus fibromateux ; salpingite droite et appendicite. Hystérectomie abdominale supra-vaginale et appendicectomie. Guérison.*

Femme de 33 ans, entrée au commencement de septembre 1904 à l'hôpital Tenon, salle Bouilly.

Le toucher permet de reconnaître un utérus augmenté de volume et un peu douloureux, rejeté en avant et surtout à gauche; à côté de lui, à droite, une grosse masse, probablement kystique, peu mobile, un peu douloureuse à la pression, refoulant le cul-de-sac vaginal.

La malade souffre et a maigri dans ces derniers temps; elle a un peu de fièvre le soir (38°).

Diagnostic. — Fibrome utérin et kyste du ligament large.

Opération le 10 septembre (chloroforme, plan incliné). — Le ventre ouvert, on reconnaît d'abord l'utérus, globuleux, gros comme deux poings. La trompe et l'ovaire gauches sont augmentés de volume, manifestement enflammés; ils adhèrent à l' S iliaque qui est rejeté à gauche; ces adhérences lâches et filamenteuses sont facilement détruites.

A droite, la trompe est pleine de pus et adhère fortement à l'appendice, lui-même très altéré, gros comme le pouce, rigide, de coloration rouge vif. En isolant la trompe de l'appendice, on ouvre un abcès situé entre les deux organes, mais la collection intra-tubaire reste intacte.

Au-dessous de la trompe, entre les deux feuillets du ligament large droit, on trouve enfin un kyste, à contenu séreux, du volume d'une grosse orange.

On enlève alors l'utérus seul, par hystérectomie supravaginale, sans toucher aux annexes (procédé de Terrier). On passe ensuite à l'ablation très facile des an-

nexes gauches. Puis on enlève la trompe droite et l'on cherche à énucléer le kyste intraligamentaire : le plan de clivage est difficile à trouver et la décortication pénible : le kyste se crève pendant ces manœuvres; au niveau du fond de la poche, les adhérences sont telles qu'on est obligé d'abandonner une petite partie de la paroi du kyste, après l'avoir cautérisée.

On termine par l'ablation de l'appendice.

Surjet péritonéal sur le ligament large gauche et le moignon de col utérin. Drainage par un gros tube de caoutchouc plongeant jusqu'au fond du Douglas et par une mèche de gaze tamponnant les restes du ligament large droit resté ouvert après l'ablation du kyste. Suture de la paroi abdominale en un plan (fil d'argent).

Suites opératoires. — Régulières. La mèche a été enlevée au bout de 48 heures. Le drain est raccourci progressivement, puis supprimé. Ablation des fils le neuvième jour : réunion *per primam*.

La malade se lève le 29 septembre et quitte le service le 2 octobre.

Je dois faire remarquer tout de suite que, dans les observations 1 et 3, j'ai été conduit à pratiquer l'hystérectomie, bien moins en raison des altérations peu graves que présentait l'utérus, que parce qu'il me paraissait impossible d'enlever, sans hystérectomie préalable, les kystes inclus dans le ligament large.

L'hystérectomie abdominale, dans les kystes et tumeurs solides de l'ovaire, a donné d'excellents résultats, puisque, sur 36 cas réunis par Ranson, il n'y a que 2 morts et que les 10 observations que j'ai relevées depuis (2 cas de Monod (1), 2 de Delaunay, ceux de Oui, Guelliot, Delfosse, mes 3 cas personnels) sont des guérisons. Ces résultats paraîtront satisfaisants si l'on veut bien remarquer qu'il s'agissait, dans toutes ces observations, de lésions complexes, de tumeurs multiples et adhérentes.

Il ne faut pas toutefois exagérer les choses et, si la bénignité de l'hystérectomie dans les néoplasmes annexiels est assez grande pour légitimer cette opération, je ne saurais cependant admettre, comme on l'a dit, qu'elle soit comparable à ce point de vue à la simple ovariotomie. Si bien réglée qu'elle soit, si perfectionnée qu'en ait été la technique dans ces dernières années, l'hystérectomie abdominale reste une intervention délicate qui ne peut être pratiquée avec sécurité que par un opérateur habitué à la chirurgie pelvienne, tandis que l'extirpation d'un kyste de l'ovaire non adhérent est habituellement si simple qu'elle n'exige du chirurgien que d'être aseptique.

---

(1) *Bulletin de la Soc. de chirurgie.* Séances du 27 mars 1901 et du 24 décembre 1902.

Mais si, au lieu d'envisager des cas faciles, on s'adresse aux kystes adhérents ou inclus et aux néoplasmes multiples, qui sont les seuls pour lesquels se discute l'hystérectomie, il est bien certain que cette opération méthodique et régulière, assurant une hémostase parfaite et une reconstitution exacte du péritoine pelvien, est moins grave que la décortication longue et pénible des annexes, laissant après elle des surfaces dénudées et saignantes, de gros pédicules, parfois des débris de poche qu'il n'a pas été possible d'enlever complètement.

Les chirurgiens qui ont pratiqué l'hystérectomie dans des cas de néoplasmes annexiels ont été amenés à cette opération, ou bien parce qu'ils ont trouvé l'utérus malade pour son propre compte, ou bien parce qu'ils ont jugé l'ablation de cet utérus indispensable pour mener à bien l'extirpation des annexes.

Sur la première indication je n'ai pas à insister, car elle n'est pas discutable.

Les altérations utérines qui peuvent accompagner un néoplasme des annexes sont secondaires à l'extension de ce néoplasme (tumeur maligne, kyste végétant) ou indépendantes de lui, et l'on a alors habituellement affaire à l'association classique du kyste de l'ovaire et du fibrome utérin. Dans ce premier cas, la malignité du néoplasme ne permet pas d'hésiter et la castration totale s'impose : elle a été faite dans des cas de propagation à l'utérus d'un kyste végétant (Quénu, Delaunay, Pauchet), d'un cancer (Ricard, Hartmann, Michaux, Berlin), ou d'un sarcome (Kelly) de l'ovaire, d'un épithélioma primitif de la trompe (Quénu).

L'association des kystes ou des tumeurs annexielles avec le fibrome utérin est fréquente : il en a été signalé un grand nombre de cas dans la discussion de 1903 à la Société de chirurgie, et Guinard à lui seul l'a observée 11 fois ; Daniel (1), étudiant l'état des annexes dans 207 cas de fibrome utérin, a relevé 58 fois la coexistence d'un kyste ou d'une tumeur solide de l'ovaire et 10 fois d'un kyste du ligament large.

La conduite à tenir en présence de ces lésions complexes a été discutée une première fois à la Société de chirurgie en 1882, à propos d'une observation de Queirel qui avait, dans la même séance, enlevé l'utérus et le kyste ovarien ; sa malade était morte, et Duplay, Terrier avaient rejeté l'opération complète comme trop grave. Eug. Monod (2), dix ans plus

(1) C. Daniel, De l'état des annexes dans les fibromes utérins. *Revue gynécol. et chirurgie abdom.*, 1903.

(2) Eug. Monod, De la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes utérins. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1893.

tard, adoptait encore la même conclusion, qui n'est plus acceptable aujourd'hui.

Il est évident que l'hystérectomie est la seule opération logique dans de tels cas ; c'est ce que dit très justement Potherat: « Puisque nous estimons qu'un kyste de l'ovaire doit être opéré, que des fibromes utérins sont justiciables d'une intervention chirurgicale, si les deux lésions sont associées, elles doivent simultanément recevoir le traitement qui convient à chacune d'elles. » Je ne vois de contre-indication à l'hystérectomie que dans le cas, probablement exceptionnel, où, chez une femme jeune, on trouverait un kyste unilatéral coexistant avec un fibrome facilement énucléable, une trompe et un ovaire étant sains.

Il est plus intéressant d'étudier les raisons d'ordre purement technique qui ont, dans les diverses observations publiées, décidé le chirurgien à enlever l'utérus sain en même temps que les annexes kystiques. Ce sont d'abord les *kystes inclus dans le ligament large*, qu'on a proposé d'attaquer de cette manière. Il ne s'agit, bien entendu, que d'un traitement d'exception de ces kystes et il est évident qu'il faut d'abord tenter l'énucléation et l'ablation isolée de la tumeur. Mais cette énucléation n'est pas toujours possible, les adhérences de la poche, surtout à sa partie inférieure, ne permettant pas de trouver un plan de clivage. La seule ressource est alors, d'après les auteurs classiques, la marsupialisation du kyste.

Cette marsupialisation, dit Delagénière, est « une opération incomplète, mauvaise sous tous les rapports, un aveu d'impuissance », et c'est pour la remplacer qu'il a pratiqué et qu'il propose l'hystérectomie abdominale, « opération complète et réglée » ; grâce à elle, on évite la longueur du traitement consécutif, on fait une opération radicale et la seule opération rationnelle, s'il est vrai que le kyste est un néoplasme épithélial, susceptible d'évoluer parfois comme une tumeur maligne. Il semble donc bien que, dans des cas de ce genre, l'ablation de l'utérus soit formellement indiquée ; elle me paraît bien préférable à la conduite proposée par Stehmann (1), qui incise les kystes adhérents du ligament large, évacue leur contenu, curette et cautérise la face interne de la poche et la ferme par une suture en capiton.

L'hystérectomie facilite l'ablation des kystes intraligamentaires comme

(1) Stehmann, Treatment of sessile and certain other ovariancysts. *Journal of the Amer. med. Assoc.*, XXXVI, p. 420, 1901.

elle facilite l'ablation des poches salpingiennes, en permettant de les libérer de dedans en dehors et de bas en haut. Ce sont les mêmes procédés qui conviennent à l'un et à l'autre cas. Delagénière, chez ses deux malades, enlève d'abord l'utérus, sans se préoccuper des annexes (il faisait l'hystérectomie totale) ; dans la brèche ainsi créée, il voit le kyste faire saillie « comme le placenta dans le col utérin », et c'est au niveau de cette saillie, là où la poche est à nu, qu'il cherche un plan de clivage et amorce son énucléation. C'est à peu près ce que j'ai fait dans ma troisième observation, où un kyste du ligament large coexistait avec des salpingites.

Lorsque le kyste est unilatéral, on peut obtenir les mêmes avantages techniques en faisant l'hystérectomie par le procédé américain et en terminant par le côté de la tumeur (obs. 1).

Une autre indication de l'hystérectomie est réalisée par les *kystes de l'ovaire très intimement adhérents à l'utérus*. C'est à un cas de ce genre que j'ai eu affaire chez ma deuxième malade. Des faits semblables ont été publiés par Jonnesco(1), qui trouva, dans quatre cas de kystes de l'ovaire à évolution abdomino-pelvienne, « l'utérus tellement incrusté dans la paroi du kyste qu'il fallait l'enlever dans le même temps, ou l'abandonner avec une portion de la paroi du kyste, ou bien enfin le sculpter dans celle-ci et le laisser saignant de toutes parts » ; il se décida pour l'hystérectomie. C'est la conduite également adoptée, dans les mêmes circonstances, par Quénu (obs. 4 du mémoire cité), Pauchet (obs. 12 et 13 de la thèse de Ranson), Legueu (obs. 16 de Ranson) et de Roubaix (obs. 14 de Ranson).

On peut en rapprocher deux observations (Quénu, Pauchet,) dans lesquelles on fit l'hystérectomie parce qu'on reconnut, une fois le kyste ponctionné, qu'il était sessile et adhérait par toute sa base au bord de l'utérus, ce qui aurait obligé à faire un pédicule d'une excessive largeur.

Dans toutes les circonstances qui viennent d'être énumérées, c'est d'emblée, pour ainsi dire, dès que le ventre est ouvert, que le chirurgien, reconnaissant la complexité des lésions et jugeant impossible de faire une opération radicale en conservant l'utérus, se décide à faire l'hystérectomie. D'autres fois, il commence par enlever, plus ou moins péniblement, les tumeurs annexielles ; puis, cette ablation terminée, il reste un utérus dénudé, saignant, qu'il semble préférable de supprimer. Ce

(1) Jonnesco, *Congrès français de chirurgie*, 1899.

sont le plus souvent les difficultés de l'hémostase qui amènent à ce sacrifice : Cragin (obs. 18 de Ranson) n'a pu arrêter que par l'hystérectomie une hémorragie incoercible après ablation d'une tumeur papillaire de l'ovaire ; Quénu a terminé deux fois par la même opération une simple ovariotomie, parce que le pédicule du kyste était friable et incapable de supporter une ligature solide.

Plus rarement, l'utérus a été sacrifié pour supprimer de larges surfaces cruentées laissées par l'ablation des annexes (Quénu, Pauchet) et pour faciliter la reconstitution autoplastique du péritoine pelvien.

Qu'il s'agisse de kystes associés à un fibrome utérin, de kystes intraligamentaires ou de kystes adhérents, l'hystérectomie reste, à l'heure actuelle, une opération d'exception; je le répète, dans le traitement des tumeurs des annexes. Cependant quelques auteurs, se plaçant à un point de vue très différent de celui que j'ai envisagé jusqu'à présent, ont voulu élargir beaucoup les indications de cette intervention. De même qu'on enlève l'utérus dans tous les cas d'annexite double, parce que cet utérus est inutile et malade, ils ont proposé de faire l'hystérectomie dans tous les cas de tumeur annexielle bilatérale ; Jonnesco réunit les deux indications en disant : « La castration totale s'impose... quand une affection bilatérale, *septique ou non*, des annexes impose leur ablation : garder l'utérus dans ce cas serait faire une opération incomplète, donc irrationnelle. »

Si l'on objecte que l'utérus, dans le cas de salpingite, est toujours infecté, que sa conservation est la cause d'hémorragies et de douleurs persistantes, qu'au contraire l'utérus est normal dans les néoplasmes des annexes, les partisans de l'hystérectomie systématique répondent en rappelant la malignité d'évolution possible de ces néoplasmes et l'envahissement fréquent de l'utérus : l'hystérectomie est, pour eux, une opération préventive. En effet il existe, à ce point de vue, quelques faits très suggestifs, comme celui que Lejars a rapporté à la Société de chirurgie : une femme est opérée d'un kyste bilatéral de l'ovaire et, pendant l'intervention, l'utérus est reconnu parfaitement sain ; deux ans plus tard, elle présentait un cancer inopérable de l'utérus. Delaunay a publié au Congrès de chirurgie une observation absolument identique et l'histoire d'une autre malade chez laquelle il fit l'hystérectomie pour des kystes, mucoïde d'un côté, dermoïde de l'autre, et dont l'utérus, d'apparence absolument normale, présentait un début de dégénérescence épithéliale.

Il ne faut pas cependant exagérer la fréquence de ces associations néoplasiques, et autant il est indispensable d'enlever l'utérus secondairement envahi par un néoplasme ovarien, autant il me paraît discutable d'enlever systématiquement un utérus sain parce qu'il pourrait devenir cancéreux. La formule de Delaunay : « chez les femmes à la ménopause ou l'ayant passée, chaque fois qu'on se trouvera en présence soit d'un kyste de l'ovaire simple, soit d'un kyste malin, on pratiquera la castration utéro-annexielle », cette formule me paraît beaucoup trop radicale. Je crois qu'il faut, avec Lejars, réserver l'hystérectomie systématique aux seuls cas de kystes doubles, et s'il s'agit de ces kystes bosselés, mêlés de parties solides, dont nous connaissons la transformation facile en cancer, ou encore aux kystes végétants bilatéraux.

Bien entendu, l'âge de la malade et l'état des annexes du côté opposé sont deux facteurs d'importance capitale, dont le chirurgien tiendra compte avant de se décider à sacrifier l'utérus, et tout le monde admettra, avec Quénu et Longuet, que l'hystérectomie est contre-indiquée chaque fois que le kyste ovarique est unilatéral chez une femme jeune et encore réglée, chaque fois qu'une grossesse est réputée possible.

Encore peut-il arriver que, même dans ces conditions, le chirurgien ait la main forcée par la complexité des lésions. Chez la malade de ma deuxième observation, quand bien même l'ovaire droit n'eût pas été également kystique, j'aurais été obligé d'enlever l'utérus ou de faire une opération incomplète et par conséquent dangereuse. Et quand, l'ovariectomie terminée, il y a une hémorragie persistante, une large surface dénudée et saignante impossible à recouvrir par la suture péritonéale, un pédicule friable, il faut bien dans ce cas se décider à l'hystérectomie (obs. 5 et 9 de Quénu et Longuet) : il faut assurer la vie de l'opérée avant de conserver la fonction.

En résumé, je crois qu'on peut, à l'heure actuelle, en se basant sur les observations publiées, admettre les indications suivantes de l'hystérectomie dans le traitement des kystes annexiels :

1° *L'hystérectomie abdominale s'impose* : *a*) Dans tous les kystes ou tumeurs des annexes ayant envahi secondairement l'utérus ;

b) Dans tous les kystes de l'ovaire associés à un fibrome de l'utérus, sauf le cas particulier, et d'ailleurs exceptionnel, d'une femme jeune ayant un kyste unilatéral et un fibrome susceptible d'être énucléé en conservant l'utérus.

2° *L'hystérectomie abdominale est une opération de nécessité* : *a*) Dans les kystes de l'ovaire intimement adhérents à l'utérus;

b) Dans tous les kystes de l'ovaire à pédicule très large ou à pédicule friable et saignant;

c) Dans les kystes de l'ovaire dont l'ablation laisse après elle une dénudation étendue de l'utérus;

d) Dans les kystes intraligamentaires adhérents dont l'ablation complète serait impossible, si l'on conservait l'utérus; elle est, dans ce cas, préférable à la marsupialisation.

3° *L'hystérectomie abdominale est une opération de prévoyance* très recommandable, surtout chez les femmes approchant de la ménopause ou l'ayant atteinte, dans les cas de kystes végétants bilatéraux, de kystes mucoïdes bilatéraux, multiloculaires, bosselés, renfermant des parties solides, et même dans les kystes unilatéraux dont les caractères anatomiques ou la marche permettent de soupçonner la tendance à la malignité.

L'hystérectomie me paraît indiquée *dans tous les cas de tumeur maligne des annexes*, uni ou bilatérale, même lorsque l'utérus paraît absolument normal.

REVUE CLINIQUE

Utérus double avec fibromes sous-péritonéaux et salpingite double. — Hystérectomie sus-vaginale. — Guérison (1).

Par M. E. Foisy, interne des hôpitaux.

L..., Marie, 39 ans, entre le 23 septembre 1904 dans le service du docteur Bazy.

Réglée à 13 ans, régulièrement. A 24 ans, fausse couche de 2 mois, suivie d'infection puerpérale grave : rétention placentaire, lochies fétides, fièvre, frissons, ballonnement du ventre, vomissements porracés ; après cessation de la phase aiguë, des pertes rouges surviennent et ne disparaissent qu'après expulsion de débris placentaires. Après un séjour de deux mois au lit, la malade reprend ses occupations, tout en accusant quelques douleurs dans le côté droit de l'abdomen.

Un an après, nouvelle grossesse ; au troisième mois apparut une abondante hémorragie, qui dura trois jours. L'accouchement eut lieu à terme, il dura trois jours et se termina par l'expulsion d'un enfant mort par circulaire du cordon. Expulsion du placenta par traction. — Nouvelle infection puerpérale, et apparition des mêmes accidents que lors de la fausse couche précédente.

La malade garde le lit pendant trois mois et se remet. — Deux ans après, accouchement à terme d'une fille ; le travail dura trois jours et s'accompagna de douleurs extrêmement vives : présentation du siège, suites de couches normales.

Quatre ans après, avortement de 2 mois et demi, rétention placentaire pendant quatre jours, accidents infectieux légers.

Deux ans après survient une infection blennorrhagique caractérisée par des pertes jaunâtres très abondantes et une cystite intense ; depuis lors la malade a constamment souffert du côté droit du ventre avec crises précédant les règles qui deviennent irrégulières et très abondantes ; les pertes blanches persistent.

Depuis deux mois les douleurs deviennent continuelles et plus violentes, avec prédominance à droite. Elles s'accompagnent de vomissements muqueux et bilieux.

La malade est obligée de cesser son travail.

A l'examen on voit que le col de l'utérus est gros, légèrement ouvert ; le

(1) *Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris*, octobre 1904, p. 662.

corps est en rétroversion légère. Dans le cul-de-sac latéral droit on sent une petite masse douloureuse accolée à la corne utérine. Dans le cul-de-sac gauche, une masse élastique douloureuse, du volume d'un petit œuf. Diagnostic posé : métrite chronique avec annexite double.

Opération le 15 octobre 1904. — M. Bazy me fait le très grand honneur de me confier l'opération. Aide : Privat. Chloroforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; l'abdomen ouvert, on voit l'utérus et on décolle les annexes droites qui sont très adhérentes à la face postérieure du ligament large. Ensuite on va à la recherche des annexes gauches, et l'on voit que le bord gauche de l'utérus est rond et lisse ; on aperçoit alors, profondément situé dans la partie gauche du Douglas et en rétroflexion, un deuxième utérus accompagné d'annexes sur son bord gauche. Les deux utérus sont séparés par une cloison antéro-postérieure, véritable méso péritonéal. Ce méso, par son bord antérieur, s'insère à la face postérieure de la vessie sur la ligne médiane ; son bord inférieur s'insère sur le col utérin, au niveau de l'angle de réunion des deux utérus, puis descend dans le Douglas ; son bord postérieur s'insère sur la face antérieure du rectum. Son bord supérieur arciforme, est libre et tranchant. Ce méso, haut de quatre travers de doigt, cloisonne donc le bassin en deux loges, contenant chacune une corne utérine avec les annexes.

Nous sectionnons ce méso avec précaution, il est assez vasculaire pour nécessiter la mise en place d'une pince de Kocher.

Après ligature et section du ligament utéro-ovarien et du ligament rond de chaque côté, nous décollons le péritoine pré-utérin, les deux utérines sont alors pincées. Le col est sectionné à 2 centimètres au-dessous de la réunion des deux cornes utérines. Ligature des utérines, fermeture du col, péritonisation des ligaments larges. Un surjet d'hémostase est placé sur la tranche de section du méso prérectal.

L'état de la malade fut tout d'abord inquiétant, à cause d'accidents syncopaux, de ralentissement considérable du pouls et de faux pas cardiaques. Grâce aux injections de sérum, caféine et strychnine, le pouls se releva, devint mieux frappé et plus fréquent. Actuellement elle est en bonne voie de guérison (1).

Examen de la pièce. — L'utérus droit est plus volumineux que le gauche : il présente sur sa face antérieure un fibrome sous-péritonéal du volume d'une noix. La trompe droite est flexueuse et bosselée, les franges tubaires rétractées (fig. 1).

L'utérus gauche, placé à angle droit du premier, présente également un petit fibrome sous-péritonéal ; la trompe est épaissie et accolée à l'ovaire.

Dans l'angle de réunion des deux corps utérins s'insère le septum vésico-rectal, que nous avons décrit et fait représenter schématiquement sur la figure.

Le col est assez long, volumineux et unique.

Sur une coupe (fig. 2) on voit que les deux cavités utérines se réunissent

(1) La malade est sortie complètement guérie le 4 novembre.

formant une Y avec le canal cervical, la branche droite de l'Y est verticale, la

FIG. 1. — Utérus vu par la face antérieure.

branche gauche presque horizontale. Il n'y a qu'un museau de tanche et aucune malformation vaginale.

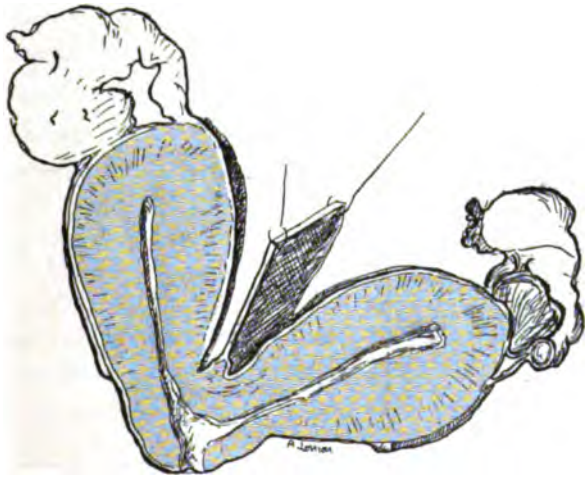


FIG. 2. — Coupe de la pièce passant par les cavités utérines et le canal cervical.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs points de vue :

Anatomiquement d'abord. Il s'agit de la variété de malformations

désignée sous le nom *d'uterus bicornis unicollis*, où les corps sont indépendants et les cols fusionnés. Ombrédanne et Martin (1) dans leur étude toute récente ont signalé 20 observations de cette variété. Comme cela est la règle, un corps utérin est plus développé que l'autre et les lésions annexielles sont bilatérales, ce qui s'explique par l'existence d'un seul vagin et d'un seul col communs aux deux corps utérins.

La présence d'un méso médian vésico-rectal, tel que nous l'avons décrit, est loin d'être la règle : il existait dans les cas de Seychéron (2), Griffon (3) et Ombrédanne (4). Dans l'observation de Houzel (5) ce n'était qu'une bride. Ce méso peut se voir dans toutes les variétés d'utérus doubles où les corps sont indépendants. Seychéron, qui a recherché tous les cas où ce méso a été signalé, en a réuni vingt observations.

Au point de vue clinique, l'histoire de notre malade a ceci de particulier qu'elle a fait deux fausses couches, suivies de rétention placentaire ; il est vraisemblable que l'existence de la malformation utérine a été la cause de ces accidents. De plus, elle a eu deux accouchements à terme et le travail a été long et très douloureux.

Il serait intéressant de connaître l'histoire génitale des femmes à utérus double ; malheureusement, le plus souvent, les observations rapportées manquent de détails. Si dans certains cas la duplicité utérine ne produit aucune perturbation génitale (obs. Griffon : la malade a eu 3 enfants), il n'en est pas toujours ainsi. La *stérilité* a été signalée (obs. Dreyfous (6) : femme morte à 42 ans). Des *ménorrhagies* abondantes peuvent survenir (obs. Pauchet) (7) : une femme de 33 ans dut subir l'hystérectomie vaginale pour ménorrhagies abondantes). Des *avortements* avec rétention placentaire, des *grossesses douloureuses* avec périodede travail très longue, ont été observés (obs. Houzel : femme de 34 ans, après grossesse douloureuse, avorte au 6e mois. — Cas personnel).

La *rupture utérine* peut survenir pendant le travail (obs. Seychéron). La *rétroversion* d'une des cornes utérines peut produire des douleurs extrêmement vives nécessitant une hystéropexie (cas de Houzel). Enfin

---

(1) Ombrédanne et Martin, Les utérus doubles. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903.

(2) Seychéron, *Annales de Gynécologie*, 1885.

(3) Griffon, *Société anatomique*, juin 1895.

(4) Ombrédanne, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903.

(5) Houzel, *Congrès français de Chirurgie*, octobre 1901.

(6) Dreyfous, *Société anatomique*, février 1876.

(7) Pauchet, *Gazette des hôpitaux*, 1902.

une rétention sanguine, survenant dans une ou dans les deux cornes utérines, donne lieu à l'*hématométrie* avec ousans *hématosalpinx*, complications bien étudiées par Gross (de Nancy).

Quant au traitement, si, dans notre cas, nous avons pratiqué l'hystérectomie, c'est à cause de l'existence d'une lésion salpingienne double. Dans les autres cas l'opération conservatrice s'impose : la corne atteinte d'hématométrie ou rétrofléchie sera seule enlevée et l'autre fixée à la paroi abdominale, si l'on craint qu'elle ne puisse à son tour se rétrofléchir.

REVUE ANALYTIQUE

Sur les terminaisons nerveuses dans les organes génitaux externes de la femme, et sur leur signification morphologique et fonctionnelle (Sulle terminasioni nervose nei genitali femminili e sul loro significato morfologico e funzionale). *Archivio di Fisiologia*, vol. I, fasc. IV, mai 1904.

Dans deux notes antérieures, déjà l'auteur avait donné quelques indications sommaires sur ses recherches relatives au sujet actuel. Ces recherches ont porté sur les organes génitaux des mammifères suivants : femme, chèvre, brebis, vache, jument, ânesse, chienne.

Le travail est divisé en deux parties : *a*) La première est consacrée à la description des terminaisons nerveuses des organes génitaux externes féminins ; *b*) on discute, dans la seconde, la signification de toutes les terminaisons nerveuses de la sensibilité générale. L'auteur déclare qu'il n'est pas possible de faire une *classification zoologique* des terminaisons nerveuses, parce que les différences qui s'observent d'une espèce à l'autre sont peu marquées ; qu'il n'est pas possible non plus d'en faire une *morphologique*, parce qu'entre les diverses terminaisons nerveuses il n'existe pas de différences essentielles; qu'en fait, toutes peuvent se ramener au type suivant unique : « Un organe nerveux, revêtu ou privé d'enveloppe connective, est constitué par une ou plusieurs fibreuses nerveuses, qui après s'être dépouillées de la gaine à myéline (quand elles en avaient) se continuent au centre et à la périphérie en une substance granuleuse avec noyaux. »

Pour faciliter l'étude, l'auteur distingue les terminaisons nerveuses d'après l'organe où elles siègent et d'après leur topographie. Par rapport à l'organe, on distingue les terminaisons nerveuses du clitoris de celles des petites lèvres. Par rapport à leur topographie, on distingue : *a*) *les terminaisons nerveuses intra-papillaires* ; *b*) *les terminaisons nerveuses du stratum réticulaire du derme* ; *c*) *les terminaisons nerveuses du tissu connectif lâche sous-dermique*.

Dans 11 pages, l'auteur fait la description des diverses formes de terminaisons nerveuses observées dans ces trois régions, description illustrée par cinquante figures lithographiques.

Résumant les résultats des faits observés par l'auteur et ceux mis en relief par d'autres, particulièrement par Dogiel, on peut dire que l'appareil nerveux périphérique des organes génitaux externes féminins présente deux espèces de fibres nerveuses : *a*) fibres à myéline ; *b*) fibres sans myéline. Les fibres à moelle sont de deux sortes : 1° grosses et 2° minces. Ces dernières, comme les fibres sans myéline, appartiennent au grand sympathique. Leurs

fonctions sont respectivement les suivantes : Les premières, c'est-à-dire les plus grosses, aboutissent à la formation, dans l'intérieur des corpuscules nerveux, d'un réticulum terminal, situé dans la substance granuleuse et qui constitue la terminaison primitive, de laquelle partent des rameaux, qui concourent à la formation d'un réseau nerveux à grosses granulations existant dans les strata plus superficiels du derme. Mais peut-être ces rameaux ne s'arrêtent-ils pas toujours là, puisque, d'après les études de Dogiel, il est permis de penser qu'ils progressent vers l'épithélium, formant des boutons ou des disques terminaux en contact avec les cellules épithéliales. Les autres fibres à myéline, plus fines que les précédentes, comme aussi les fibres amyéliniques, vont former dans les corpuscules nerveux un réticulum ou plexus, qui représente la terminaison secondaire, située autour des éléments de la substance granuleuse. De cette terminaison secondaire partent aussi des rameaux qui, de la même manière que ceux détachés de la terminaison primitive, parviennent dans les couches superficielles du derme, pour prendre part à la formation d'un réseau à larges mailles et à filaments ténus qui se trouve entrelacé avec le réticulum granuleux. Probablement ces filaments se prolongent aussi jusqu'à l'épithélium, puisque, là aussi, Dogiel a vu un réseau formé par des filaments pâles, de nature sympathique.

Mais toutes les fibres à myéline ne passent pas par les corpuscules nerveux : partie d'elles parviennent directement dans les strata superficiels du derme et y forment le réseau granuleux diffus sous-épithélial et intra-épithélial. Semblablement, toutes les fibres sympathiques ne traversent pas des corpuscules nerveux, mais beaucoup d'entre elles, soit isolées soit réunies en faisceaux, arrivent directement à la superficie du derme et y forment le réseau amyélinique sous-épithélial et intra-épithélial.

Entremêlées aux deux réseaux nerveux (granuleux et sympathique) existent des cellules spéciales, dont quelques-unes sont en connexion avec des rameaux du réseau granuleux et qui, par suite, sont en rapport avec les éléments de la substance granuleuse des corpuscules nerveux. La substance granuleuse et les noyaux qui s'y rencontrent ne représentent rien d'autre que des cellules dont les contours se sont perdus par l'effet des procédés de recherches : cellules qui, d'après les recherches anciennes et celles plus récentes, doivent être indiscutablement tenues pour des cellules nerveuses.

Dans la seconde partie du travail, l'auteur émet l'avis que, comme l'a vu Ruffini, les corpuscules nerveux ne représentent pas les terminaisons nerveuses sensitives, parce qu'un certain nombre de ces fibres nerveuses qui les pénètrent en sortent : ce sont les fibres dites ultra-terminales. La terminaison nerveuse existe et est située encore plus à la périphérie que les corpuscules : elle est représentée tant par les cellules existant dans le stratum superficiel du derme, avec lesquelles les rameaux du réseau granuleux ont des connexions, que par ces cellules (décrites par divers auteurs) qui, dans l'épithélium, sont en rapport avec les boutons ou disques tactiles.

Ici, l'auteur se pose cette question : si le corpuscule nerveux, ainsi qu'il

semble évident, ne constitue pas la terminaison de la fibre nerveuse, que représente-t-il? Pour répondre, et s'appuyant principalement sur les recherches de Dogiel, il examine les caractères anatomiques et microchimiques des cellules qui constituent la masse interne des corpuscules, et étudie surtout les rapports qu'elles affectent avec les fibres nerveuses qui entrent dans les corpuscules mêmes, étude de laquelle se dégage une analogie, à son avis, parfaite entre les ganglions spinaux et les corpuscules nerveux : aussi ces derniers doivent-ils être tenus pour des ganglions périphériques, dont la fonction, très probablement, consiste à modifier les vibrations nerveuses qui leur arrivent par l'intermédiaire des vraies terminaisons nerveuses (les cellules intra-dermiques et intra-épithéliales), qui reçoivent directement les impressions du milieu ambiant, extérieur. La vraie terminaison nerveuse est donc représentée par des cellules situées dans les strata superficiels du derme et dans l'épithélium, lesquelles sont en rapport avec les ramifications du réseau nerveux granuleux.

L'auteur discute ensuite la question des terminaisons nerveuses libres, interépithéliales, admises par certains auteurs, et la combat. Rappelant ce qui existe pour tout organe sensoriel, il est d'avis que les cellules intra-dermiques et intra-épithéliales, déjà signalées, présentent les analogues des cellules sensorielles, et que, suivant toutes vraisemblances, ces éléments sont de vraies cellules nerveuses d'origine ectodermique, représentant les terminaisons vraies.

Conclusions. — 1° *Les corpuscules nerveux terminaux ne représentent pas, comme on l'a cru jusqu'à présent, les terminaisons des nerfs de la sensibilité, mais sont ou des cellules ou des groupes de cellules nerveuses, qui, dans leur disposition anatomique, correspondent aux ganglions spéciaux. La fonction de ces ganglions périphériques consiste probablement dans une division plus subtile et dans une modification des excitations qui leur arrivent par la voie des éléments terminaux, lesquels sont situés plus à la périphérie et avec lesquels les corpuscules nerveux sont en communication;* 2° *la terminaison nerveuse vraie est toujours représentée par des cellules ectodermiques différenciées, disséminées et dans l'épithélium et dans les strata les plus superficiels du derme, avec lesquelles les extrémités des fibres nerveuses sensitives sont en connexion.*

R. L.

Sur l'origine commune de la caduque, du syncitium et du trophoblaste de l'épithélium utérin et sur le mode de nidification de l'œuf (Sulla origine commune della decidua, del sincizio e del trofoblasto dall epitelio uterino e sul modo di annidarsi dell' ovo). *Giornale italiano delle Scienze modiche*, nos 2, 3, 4, 5 et 6, 1904.

Dans un travail antérieur, que nous avons analysé (1), l'auteur exprimait son opinion que syncitium et cellules de Langhans représentent un même

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, octobre 1903, p. 311.

tissu, dérivé de l'épithélium utérin. Dans celui-ci, il tient la promesse qu'il fit de fournir la démonstration de sa manière de voir. Dès le début, il fait la remarque que le désaccord actuel touchant l'origine du syncitium et des cellules de Langhans ne tient pas à la pénurie des faits, mais à leur interprétation erronée.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner une trompe gravide aux premiers temps de la gestation. Mais l'œuf était mort depuis quelque temps. Il décrit de nombreuses particularités de ce cas, entre lesquelles la pénétration des cellules déciduales dans l'épaisseur des parois vasculaires et la présence des villosités soit sur le contour du foyer nécrotique, représenté par l'œuf mort, soit dans l'épaisseur de la paroi tubaire. Mais il fait remarquer que ces dernières formations ne doivent pas être tenues pour de vraies villosités, mais pour des *pseudo-villosités*: formations dérivées de l'épithélium seul (syncitium et cellules de Langhans), lequel, tandis qu'il prolifère et se dilate en dehors, conservant intacts ses caractères à la périphérie, au contraire change d'aspect dans les couches plus profondes et prend d'abord une structure fibrillaire, qui facilite la confusion avec le tissu connectif des villosités vraies, puis dégénère en une substance hyaline et granuleuse. Ces villosités se rencontrent très denses dans les placentas malades. Normalement, toute villosité choriale vraie, dans sa période de formation, est précédée toujours par une pseudo-villosité ou par une villosité simplement épithéliale. Dans la période d'accroissement du chorion, on observe précisément ce fait: d'abord, la villosité est constituée par un bourgeon épithélial, puis les strata plus centraux de l'épithélium commencent à dégénérer, d'où la production d'une cavité, d'un canal médian, par lequel pénètre ensuite le tissu connectif, mésodermique et allantoïdien avec les vaisseaux ombilicaux. Ainsi, au point de vue pathogénique, la môle vésiculaire ne représente pas autre chose que la persistance, peut-être même que l'exagération d'une propriété physiologique, que l'épithélium chorial possède à un très haut degré au début du développement de l'œuf. L'auteur se réserve de développer mieux, ultérieurement, et dans un autre travail, cette façon de voir.

Il s'attache particulièrement, et avec prédilection, à deux points : *a*) transformation de quelques cellules de l'épithélium tubaire en éléments syncitiaux, qui sous forme de cordons s'enfoncent dans la paroi tubaire, et *b*) dérivation de la caduque et aussi de l'épithélium de la trompe. « *Les deux faits*, écrit l'auteur, *ressortent de la façon la plus claire de mes préparations, et en conséquence ils sont très sûrs, comme le sont tous les phénomènes accessibles à la perception directe des sens.* » D'ailleurs, ils ne présentent rien d'extraordinaire, car ils ont déjà été constatés maintes fois par d'autres observateurs. Mais ces prémisses établies, d'autres principes en découlent nécessairement comme corollaires. Puisqu'il est démontré que syncitium et cellules de Langhans ne font qu'un, si le syncitium dérive de l'épithélium utérin, nécessairement les cellules de Langhans en dérivent semblablement. D'autre part on sait que l'œuf, en se nichant dans la muqueuse de l'utérus et de la trompe, est entouré par

une enveloppe cellulaire dite trophoblaste, qui, l'œuf se développant, se réduit à former le syncitium et la couche de Langhans des villosités jeunes : aussi, si syncitium et cellules de Langhans sont d'origine maternelle et épithéliale, le trophoblaste l'est aussi. Le fait reconnu que la caduque est un produit épithélial éveille immédiatement l'idée que l'œuf, en se nichant dans son épaisseur, ne dépasse pas l'épithélium pour s'établir au milieu du tissu connectif, ainsi qu'on tend à l'affirmer aujourd'hui, mais qu'il reste niché dans l'épithélium lui-même.

L'auteur aurait pu terminer là son travail ; mais, ayant étudié la question à fond, il complète son étude dans un second chapitre de synthèse et de critique, où, utilisant tant les notions anciennes que les notions plus modernes, il arrive à des résultats qui ne font que fortifier les conclusions qui découlent de la première partie de son travail sur : *a*) l'origine de la caduque ; *b*) le mode de nidification de l'œuf (travaux de Peters); *c*) l'origine et la nature du trophoblaste : « *A mesure que le placenta, dans la série animale, se circonscrit et que la forme des villosités se complique, un phénomène nouveau*, dit Ercolani, *apparaît* : *la villosité fœtale perd son épithélium*; *il ne reste que celui de la partie de la mère représenté par la caduque, qu'Ercolani* — et c'est là son unique erreur — *considérait comme d'origine connective.* » Sfameni apporte enfin une série d'arguments de nature logique qui tendent aussi à fortifier l'opinion que caduque, syncitium et trophoblaste représentent un tissu unique, et qu'ils dérivent de l'épithélium maternel.

Loin de redouter la critique, il la désire et compte qu'on voudra bien lui témoigner jusqu'à quel point on estime fondés ses arguments et ses théories.

R. L.

Vingt-six applications de forceps sur la tête restant élevée (Sechsundzwanzig Zangen-operationem bei hochstehendem Kopfe). I-H. von Wenczel, *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIII, Hft. 3, p. 673.

Les applications de forceps sur la *tête haute* sont, à l'heure actuelle, assez discréditées et formellement proscrites par certains accoucheurs (1). La symphyséotomie, en particulier, a contribué à réduire considérablement le nombre de ces applications. Toutefois, la symphyséotomie n'est pas encore si complètement admise dans la pratique journalière, qu'on n'accorde plus aucun intérêt aux résultats consignés dans des séries assez importantes de ces applications de forceps au détroit supérieur. C'est un travail de cette importance que nous allons analy-

(1) A propos des résultats du *forceps appliqué sur une tête retenue dans le ventre, mais au-dessus d'un détroit supérieur insuffisant dans son diamètre antéro-postérieur, au-dessus d'un de ces bassins aplatis qui sont la monnaie courante des rétrécissements*, etc., Farabeuf écrit au sujet des enfants : Écrasés ou blessés, morts ou infirmes, tel fut le bilan de notre enquête. Aussi avions-nous pris la résolution d'intituler à l'avenir cet article où nous proscririons l'emploi du forceps au détroit supérieur : chapitre d'*Histoire ancienne*. II. FARABEUF et H. VARNIER. *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements*. Nouvelle édition, Paris 1905. G. STEINHEIL, éd.

R. L.

ser. Les faits ont été recueillis à la *Frauenklinik* de Budapesth, service du professeur J. Barsony.

Une première impression qui se dégage de la lecture de ce mémoire, c'est qu'à la *Frauenklinik* de Budapesth, on donne de beaucoup la préférence à la version prophylactique sur un pied, quand les conditions nécessaires à cette opération sont réalisées. Cela établi, voici le résumé de la parti du mémoire qui correspond à l'usage du forceps.

Depuis l'année 1899, il fut fait en tout, à la clinique et à la policlinique, avec le forceps à traction axile (d'après Tarnier) 26 opérations et 14 tentatives d'extraction.

26 haut forceps : 18 à la clinique ; 8 à la policlinique.

	Bassins normaux	8	soit 30,7 p. 100
	Bassins petits (rétrécis). . .	18	— 69,2 —
	Primipares	10	— 38,4 —
	Multipares.	16	— 61,5 —
Age.....	15 à 20 ans	3	
	21 à 25 ans	9	
	26 à 30 ans	8	
	31 à 35 ans	5	
	36 —	1	
	Nombre des enfants nés vivants.	24	soit 92,3 p. 100
	morts (non ranimés)	2	— 7,6 —

Des 24 nés vivants, 2 succombèrent aussitôt après l'accouchement, ceux-ci étant comptés :

Mortalité infantile.		15,3 p. 100
Tête *pressée* contre le détroit supérieur	10	soit 38,4 —
Tête *fixée* au détroit supérieur, mais encore avec circonférence maxima au-dessus du détroit supérieur. . . .	7	— 26,9 —
Tête *fixée* par sa circonférence maxima au détroit supérieur	9	— 34,6 —

Indications à l'opération.

Éclampsie, 2 fois ; accélération forte du pouls, 7 fois ; distension du col, 8 fois ; distension du col et fièvre vive, 2 fois ; compression exagérée des parties molles de la parturition, 1 fois ; troubles dans les doubles battements fœtaux, 6 fois.

Période post-partum.

Normale, 22 fois ; fièvre modérée, 2 fois ; grande atonie, 2 fois.

Lésions.

Déchirures profondes du col, 4 fois ; lésions dans la région du clitoris, 1 fois ; déchirures du périnée, 13 fois ; plaies par épisiotomie, 2 fois.

Suites de couches.

Normales, 18 fois, soit 69,2 p. 100 ; atonie modérée, 4 fois, soit 15,3 p. 100 ; fièvre élevée, 3 fois, soit 11,5 p. 100 ; septicémie (cas de la policlinique), 1 fois, soit 3,8 p. 100.

14 tentatives avec le forceps sur la tête haute.

14 : 4 à la clinique ; 10 à la policlinique.
Primipares, 4 ; multipares, 10.

Age	20 à 25.	3
	26 à 30.	5
	36 à 40.	3
	41 à 45.	3

Bassins normaux, 4 ; rétrécis, 10.

Tête *pressée* au détroit supérieur. . . . . .
Tête *fixée* au détroit supérieur, mais restant par sa circonférence maxima au-dessus. . . . . .
Tête *fixée* par sa circonférence maxima. . . .

État de l'orifice externe de l'utérus.

Dilaté . . . . . 9 fois
Presque dilaté . . . . 3 —
Dilaté pour 3 à 4 doigts. 2 —

Indications opératoires.

Fièvre vive et pouls accéléré, 6 fois ; distension du col, 6 fois ; fièvre vive, pouls rapide et distension du col, 2 fois.

Post-partum.

Normal, 11 fois ; atonie modérée, 2 fois ; atonie considérable, 1 fois.

Lésions.

Déchirures profondes du col, 1 fois ; déchirures du périnée, 4 fois ; plaie d'épisiotomie, 1 fois.

Suites de couches.

Normales.	8 fois,	soit 57,1 p. 100
Fièvre modérée . . .	3 —	— 21,4 —
Fièvre élevée	1 —	— 7,7 —
Septicémie (mort, cas de la policlinique) . . .	2 —	
Mortalité.		14,2 —

Conclusions. — La version podalique prophylactique est une intervention moins grave que le forceps haut ; aussi devons-nous, quand les conditions

qu'exige son exécution sont réalisées, la pratiquer à temps. Les indications opératoires sont les présentations anormales et les sténoses pelviennes du premier et du deuxième degré. Indépendamment du degré de la sténose, dans la thérapie des viciations pelviennes il faut tenir compte de la variété du rétrécissement, des forces expulsives et du rapport qui existe entre la tête fœtale et les dimensions du bassin. La connaissance de l'évolution des accouchements antérieurs importe pour l'appréciation des contractions utérines.

D'ordinaire, le premier fœtus est moins développé que les autres, l'utérus des primipares est vigoureux, aussi doit-on espérer la terminaison de l'accouchement par les seules forces naturelles ; d'autre part, le tonus, la résistance des parties molles, est, chez les primipares, plutôt de nature à empêcher l'extraction qui peut devenir nécessaire après la version prophylactique. L'expectation est donc justifiée auprès des primipares.

La puissance contractile de l'utérus est, en général, plus faible chez les multipares, le fœtus est plus développé, les parties molles plus extensibles n'apportent pas d'obstacle à l'extraction, etc. En conséquence, chez elles, la version podalique prophylactique est indiquée dans les sténoses pelviennes du premier et du second degré, jusqu'à la dernière limite du second degré au cas de bassin simplement plat, et au contraire non au-dessous de 8 centimètres pour le diamètre conjugué au cas de bassins plats et généralement rétrécis.

Mais dans les cas où la version podalique prophylactique a été négligée, où tout espoir d'une terminaison de l'accouchement par les seules forces naturelles est perdu, il est indiqué, surtout avant de se résoudre à la perforation de l'enfant vivant, de tenter une application de forceps. Dans une main inexpérimentée et brutale, l'instrument est dangereux, mais manié par une main expérimentée et prudente, il est utile et capable de sauver des existences (1).

R. L.

Contribution à l'étude de la symptomatologie de la rétroflexion mobile de l'utérus (Beitrag zur Symptomatologie der Retroflexio uteri mobilis). W. Nacke, *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 47, p. 1428.

Les conclusions de ce travail sont déduites des observations faites sur 265 femmes : la rétroflexion mobile de l'utérus, quand le volume de cet organe est normal, que l'élasticité des appareils ligamentaires est intacte et que les annexes sont parfaitement saines, n'est que *très rarement* l'origine de douleurs. On ne possède pas encore une explication indiscutable de ces cas qui se produisent sûrement. Peut-être ces douleurs sont-elles imputables à de fines modifications des tissus ou de l'appareil nerveux de la zone gynécologique, analogues à celles qu'a décrites A. Freund dans son travail suggestif sur l'*hystérie produite par la paramétrite chronique atrophiante.*

R. L.

(1) En terminant, l'auteur constate que, dans la thérapie des rétrécissements du second degré, beaucoup d'accoucheurs tendent à étendre de plus en plus les applications de la symphyséotomie et de la césarienne.

Tumeurs ovariques pendant la grossesse et le puerperium avec notes sur sept cas (Ovarian tumours during pregnancy and the puerperium with notes on seven cases). A. W. Led, *The J. obst. a. gyn. of the British Emp.*, août 1904, p. 132.

Travail basé sur 7 observations personnelles : dans 4 cas, la tumeur fut enlevée pendant la grossesse; dans 3, pendant ou après le puerpérium; toutes les femmes se rétablirent bien. Dans 4 cas, il s'agissait de kystes dermoïdes, et de cette petite statistique, comme des statistiques antérieures plus importantes, il semble ressortir que *la tumeur dermoïde est la variété qui complique le plus fréquemment la grossesse*, ce qui tiendrait à son petit volume, à son lent accroissement, conditions qui la font souvent rester inaperçue jusqu'à ce qu'une grossesse ou telle autre éventualité contribue à la faire reconnaître. Parmi les accidents graves subis par la tumeur ovarique, et souvent en connexion directe avec la grossesse, il faut compter : *a*) la torsion du pédicule; *b*) la rupture du kyste ovarique. Quand la tumeur ovarique est reconnue et opérée pendant la grossesse, l'ovariotomie implique à peine plus de risques qu'en dehors de la gestation. En ce qui concerne *le traitement pendant la grossesse*, l'examen des faits et des résultats démontre qu'il doit être chirurgical et consister d'ordinaire dans la cœliotomie, en réservant l'ovariotomie vaginale aux cas dans lesquels la tumeur est enclavée dans le bassin et qu'elle est cystique. L'auteur résume en quelques lignes 3 des cas opérés au cours de la grossesse; mais il rapporte plus longuement le quatrième qui présente une particularité intéressante. A cause du mauvais état où elle était au moment de l'opération, on avait hésité à recourir à la chloroformisation et on avait songé à utiliser la rachicocaïnisation. Toutefois, ce fut le chloroforme qui fut donné. Or, quelques mois après, la femme était atteinte d'accidents de *myélite*, auxquels elle succomba 6 mois après l'intervention, *myélite qu'on n'eût sans doute pas manqué d'imputer à la rachicocaïnisation si elle avait été employée.*

Quand il s'agit de *tumeurs compliquant le travail*, il semble que l'ovariotomie donne d'excellents résultats, et qu'elle soit indiquée dès que l'ensemble des conditions dans lesquelles se trouve la femme et que son état général permettent de l'exécuter. Dans l'éventualité contraire, recourir à la reposition ou à la ponction par le vagin, et, le plus tôt possible après la délivrance, procéder à l'ablation de la tumeur.

Pendant le puerpérium, la présence d'une tumeur ovarique comporte de grands risques. Il est probable que la mortalité *post-partum*, sans opération, s'élève à 28 p. 100 (Mc Kerron). De petites tumeurs intra-pelviennes sont tout aussi dangereuses que des tumeurs plus volumineuses, en raison de ce fait, qu'à défaut d'une investigation soigneuse, elles restent inaperçues. A-t-on reconnu une tumeur, s'il n'y a aucun accident, on a estimé sage d'attendre 2 ou 3 jours avant d'intervenir. A la vérité, il y a sans doute plus de prudence *à agir au plus tôt*. Peut-être est-il un peu plus risqué d'agir ainsi; mais attendre, pour intervenir, l'apparition de modifications qui exigent une intervention im-

médiate, c'est attendre des conditions qui mettent plus en péril l'existence même. Au cas de symptômes aigus, aucune hésitation, extirper la tumeur par le ventre ou par le vagin, suivant les conditions locales.

R. L.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Concours annuel (prix Jacobs).

SUJET :

Résultats immédiats et éloignés, au double point de vue gynécologique et obstétrical, des opérations correctrices des rétrodéviations utérines.

CONDITIONS :

Les manuscrits, rédigés en français ou accompagnés d'une traduction française, devront être déposés entre les mains du Secrétaire général de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique (Docteur Ch. Borreman, rue Faider, 77, Bruxelles) avant le 1er janvier 1900.

Les manuscrits devront porter une épigraphe; ils seront accompagnés d'un pli cacheté sur lequel sera reproduite l'épigraphe et qui contiendra les noms et adresse de l'auteur.

Sera exclu du Concours tout travail dont l'auteur se sera fait connaître directement ou indirectement.

Au travail qui en sera jugé digne il sera décerné une récompense de 300 francs.

Le travail couronné sera publié *in extenso* dans le *Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*. Il sera attribué à l'auteur cinquante exemplaires tirés à part.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Baumgarten. Experimente über die Ausbreitung der weiblichen Genitaltuberculose im Korper. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1904, n° 42, p. 1097. — **Blumreich**. Zur Frage der Convulsionen nephrektomierter Kaninchen. *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 49, p. 1505. — **Boshagen**. Ueber die verschiedenen Formen der Rückbildungsprodukte der Eierstocksfollikel und ihre Beziehungen zu Gefassveranderungen des Ovariums, nebst Bemerkungen über Luteinzellenwucherungen in der Eierstocken Schwangerer. *Zeitsch. fur. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 2, p. 323. — **Brose**. Kunstliche Eiterung nach der Methode Fochiers bei pyamischen Prozessen. *Deuts. med. Woch.*, 27 octobre 1904. — **Caterina**. Risultati comparativi dei diversi mezzi di cultura ed isolamento dei germi anaerobi applicati alla flora batterica del canale genitale femminile. *Archivio di ost. e. ginec.*, 1904, n° 1, p. 23. — **Codet-Boisse**. Un nouveau nœud pour ligature des pédicules. *Gaz. hebdom. des sciences méd.*, Bordeaux, 1904, n° 51, p. 611. — **Chipman**. Some recents developments in European gynecology. *Annals of gyn. a. ped.*, août 1904, p. 421. — **Clifton**. Bathing during the menstrual Period. *Am. J. Obst.*, septembre 1904, p. 356. — **Colman**. Zur Verhutung des Zurücklassem von Kompressen in der Bauchhohle. *Munch. med. Vochensch.*, décembre 1904, p. 2230. — **Gallemaerts**. Atrophie optique suite de métrorrhagie. *La Policlinique*, octobre 1904, p. 457. — **Goffe**. The value of post-operative treatment in gynecology. *Annals of gyn. a. ped.*, novembre 1904, p. 598. — **Heinricius**. Experimentellen Untersuchungen über die Einwirkung des Streptococcus pyogenes auf die Schleimhaut der Gebarmutter und der Scheide. *Arch f. Gyn.*, Bd. LXIV, Hft. 2, p. 292. — **Hœhne**. Zur Frage der Entstehung intramuscularer Abzweigungen des Tubenlumens. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, Bd. LXXIV, Hft. 1, p. 1. — **Laborde**. *Spasmes de l'intestin d'origine génitale chez la femme.* Th. Paris, 1904, n° 268. — **Leisewitz**. Restes des Wolff-Gartnerschen Ganges in paravaginalen Bindegewebe. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, Bd. LIII, Hft. 2, p. 269. — **Lewing**. Ueber die Wirkung des Bleis auf die Gebarmutter. *Berl. klin. Wochensch.*, 1904, n° 41. — **Pianèse**. Della ipotetica teoria di Frankel sulla funzione del corpo luteo. *Archivio di ost. e. ginec.*, août 1904, p. 483. — **Robb (H.)**. Streptococcus in gynœcological surgery. *Annals of gyn. a. ped.*, août 1904, p. 437. — **Rosenstein**. Anat. Untersuchungen über den Infectionsweg bei der Genitaltuberkulose des Weibes. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, oct. 1904, p. 996. — **Sabrazès** et **Muratet**. Malformations génitales et aménorrhée sans chlorose. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, octobre 1904, p. 512. — **Savidge**. A case illustrative of the unclassified troubles of women. *Med. Record.* oct. 1904, p. 656. — **Tiberghien** et **Keiffer**. Le rôle du grand épiploon dans les inflammations pelviennes. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1904, n° 3, p. 68. — **Weber**. Histologie des Eierstockes im Klimakterium. *Mon. f. Geb. v. Gyn.*, octobre 1904, p. 973.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHÉSIE. — **Aumond**. *De l'Iode comme topique utérin dans les infections puerpérales.* Th. Paris, 1904, n° 304. — **Batigne**. Notes sur l'action du thigénol en gynécologie. *Gaz. des hôpitaux*, octobre 1904, p. 1195. — **Blondel**. Sur quelques emplois du thigénol, particulièrement en gynécologie. *Revue thérapeutique méd.-chirurg.*, décembre 1904, p. 834. — **Henkel**. Ein neues, sich selbsthaltendes Speculum zur Anwendung in der kleinen Gynœkologie. *Munch. m d. Wochensch.*, 1904, n° 41, p. 1829. — **Javaux**. Emploi systématique du gaz oxygène à courant continu dans les infections abdominales. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1904, n° 2, p. 51. — **Planchu**. General anesthesia in obstetrics by the use of chloride of ethyl. *Annals of gyn. a. ped.*, septembre 1904, p. 490.

VULVE ET VAGIN. — **Acconci**. Périvaginite phlegmoneuse disséquante. *Rev. de gyn. et de chir. abdominale*, octobre 1904, p. 771. — **Bernheim**. *Blennorrhagie latente chez la femme.* Th. Paris, 1904, n° 356. — **Boseman**. Fibrome vulvaire. *Bull. soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1904-05, n° 3, p. 85. — **Boursier**. Un cas de kraurosis de la vulve. *Journal de méd.*

de Bordeaux, 1904, n° 20, p. 349. — **De Arcangelis**. Sulla istografia dell'imene imperforata. *Archivio di ost. e ginec.*, 1904, n° 11, p. 641. — **Fromme**. Kasuist. Beitrag zum Ausgangspunkt gutartiger Geschwülste in den grossen Labien. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, octobre 1904, p. 961. — **Henrotay**. Kyste vaginal. *Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1904-05, n° 3, p. 66. — **Lionel**. A case of hermaphroditism. *The Lancet*, octobre 1904, p. 1081. — **Mauté** et **Duplay**. Un cas de déciduome primitif du vagin. *La Tribune méd.*, décembre 1904, p. 805. — **Pichevin**. Dégénérescence épithéliomateuse de la leucoplasie vaginale. *Sem. Gyn.*, août 1904, n° 34. — **Picqué**. Absence de vagin. Hématométrie et hématosalpinx. *Bull. et Mém. Soc. de chirurgie*, 1904, n° 29, p. 824. — **Pierce** (**E.**). A rare form of vaginal cyst. *Am. J. Obst.*, octobre 1904, p. 507. — **Reed**. A case of epithelioma of the vulva. *Am. J. Obst.*, septembre 1904, p. 352. — **Schmidlechner**. Carcinoma clitoridis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, Bd. LXXIV, p. 189. — **Schmidlechner**. Pirethelioma labii majoris. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, Bd. LXXIX, Hft. 1, p. 195. — **Schmidlechner**. Ulcus vulvæ rodens Virchow. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, Bd. LXXIV, Hft. 1, p. 200. — **Thomson**. Ulcus rotundum simplex vaginæ. *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 50, p. 1544. — **Williamson**. A study of certain morbid conditions of the meatus urinarius in the female. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, novembre 1904, p. 355.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PERINÉORRHAPHIE. — **Blackburn**. Retrodeviations of the uterus ; a resume of their surgery. *Am. J. Obst.*, novembre 1904, p. 577. — **Boxall**. Acute inversion of the uterus : spontaneous retroversion. *J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, septembre 1904, p. 209. — **Craft**. A case of acute inversion of the uterus ; reduction by taxis on the seventh day after labour. *The Lancet*, novembre 1904, p. 1281. — **Doléris**. De l'hystéropexie physiologique ou ligamentaire. *La Gynécologie*, août 1904, p. 279. — **Hayd**. Sterility depending upon retrodisplaced uteri and their relief by the Alexander operation, with report of twelve subsequent pregnancies. *Am. J. Obst.*, novembre 1904, p. 706. — **Jacobs**. Des hystéropexies. Leur influence sur la gravidité. *Bull. de la soc. belge de gynéc. et d'obst.*, 1904, n° 2, p. 47. — **Jayne**. Operative treatment of retroversion and retroflexion of the uterus. *Med. News*, novembre 1904, p. 1009. — **Kleinwachter**. Einige Worte zur Menge's intraperitonealer Ligamentverkürzung mit ausschliesflicher Verwendung von Catgutfixationmaterial *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 29, p. 889. — **Miranda**. Per un caso d'inversione dell' utero. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1904, n° 10, p. 577. — **Thomson**. Zur operativen Behandlung der chronischen puerperalen Uterusinversion. *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 49, p. 1513.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Brook**. Further Note, case of primary tuberculosis of cervix. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1904, vol. XLVI, p. 265. — **Cullen** (**S.**). Uterine hemorrhages and their cause. *Annals of Gynec. a. Ped.*, août 1904, p. 413. — **Davis**. Primary repair of laceration of the cervix uteri. *Am. J. Obst.*, septembre 1904, p. 377. — **Fonteilles**. *Drainage de l'utérus dans les métrites aiguës puerpérales*. Th. 1904, n° 389. — **La Torre**. Della sifilide uterina. *La Clinica ostetrica*, décembre 1904, p. 357. — **Le Lorier**. *Aménorrhée primitive*. Th. Paris 1904, n° 263. — **Parke**. The surgical treatment of dysmenorrhea. *Med. News*, décembre 1903, p. 1163. — **Pichevin**. Lésions inflammatoires du col. *Sem. gyn.*, octobre 1904, n° 44. — **Sellman**. Operative treatment for painful menstruation in young virgins. *Am. J. Obst.*, novembre 1904, p. 596. — **Smith**. Adenomatous hyperplasia of the cervical gland Appendage of Gartner's Duet. *Am. J. Obst.*, septembre 1904, p, 380. — **Wright**. Tuberculosis of cervix uteri. *Trans. of the North of Engl. obst. a. gyn. Soc.*, 1904, f. 4, p. 98.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Audard**. *Drainage vaginal du péritoine après l'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées*. Th. Paris, 1904, n° 487. — **Barozzi**. Le déciduome malin. *La Gynécologie*, juin 1904, p. 193. — **Bland-Sutton**. Pregnancy in a uterus with fibroïds : panhysterectomy during labour in the seventh mouth. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1904, v. XLVI, p. 238. — **Bland-Sutton**. Discussion on the indications for hysterectomy and the methods for performing it. *British med. J.*, octobre 1904, p. 1069. — **Cristolli**. Rara associazione neoplastica del collo uterino (epithelioma malpighiano, etc.). *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1904, n° 1, p. 14. — **De Seigneux**. Quelques mots sur le cancer de l'utérus et son traitement. *Bull. mensuel de la Soc. vaudoise de sages-femmes*, 1904, n° 12, p. 180. — **Eastman**. Shall we remove all fibromata of the uterus on diagnosis. *Am. J. Obst.*, novembre 1904, p. 678. — **Fairchild**. Pregnancy complicated by tumors of the uterus. *Annals of Gyn. a. Ped.*, novembre 1904, p. 593. — **Faure**. Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. *La Gynécologie*, août 1904, p. 902. — **Hall**. Some clinical Reasons for advising early operations for fibroids tumors of uterus. *Am. J. Obst.*, novembre 1904, p. 672. — **Kerr** (**M.**). Carcinoma of the cervix complicating pregnancy a. Labour. *British med. J.*, novembre 1904, p. 1312. — **Krukenberg**. Ueber die Diagnose des malignen Chioornepithelioms

Blasenmole nebst Mitteilung eines neues Falles. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 1, p. 76. — **Lesné** et **Marcille**. Déciduome malin. *La Trib. méd.*, novembre 1904, p. 726. — **Lewers**. Uterus with carcinoma of the body and multiple fibroids. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1904, vol. XLVI, p. 266.— **Meyer**. Ueber Adenomyoma uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 1, p. 167. — **Mourlhon**. Hystérectomie abdominale sub-totale pour annexites suppurées. *La Gynécologie*, septembre 1904, p. 315. — **Olshausen**. On the Standpoint of operation for cancer of the womb in Germany. *British med. J.*, octobre 1904, p. 1063. — **Phillips**. A case of fibromyoma of the fundus with carcinoma of the cervix uteri. *The Lancet*, octobre 1904, p. 1209. — **Pollosson**. Hémorragies intra-péritonéales dans le cas de fibrome. *Bulletin de la Soc. de Chirurgie de Lyon*, juin 1904, p. 225. — **Richelot**. Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. *La Gynécologie*, octobre 1904, p. 385. — **Robb** (**H.**). The early diagnosis of cancer of the fundus. *Annals of Gyn.a. Ped.*, novembre 1904, p. 614. — **Sampson**. Complications arising from Freing the ureters in the more radical operations for carcinoma cervicis uteri. *Bull. of John's Hopkins hospital*, avril 1904, p. 123. — **Spencer** (**H.**). Cancer of the body of the uterus simulating fibroid in a woman aged thirtysix. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1904, vol. XLVI, p. 235. — **Wilson**. Cancer of the body of the uterus. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, octobre 1904, p. 251. — **Witte**. Rückbildung und Heilung der Myome durch Faradisation. *Deutsch. med. Woch.*, 3 novembre 1904. — **Zacharius**. Eine seltene Form des Cervixmyoms. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft 1, p. 182.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS ; DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Barrows**. Prolapse of the ovary. *Med. Record*, octobre 1904, p. 601.— **Blondel**. Abcès sous-vésical et phlegmon du ligament large. *La Gynécologie*, août 1904, p. 306. — **Celler**. Report of two cases of tuberculosis of the ovary. *Am. J. Obst.*, octobre 1904, p. 478. — **Champneys**. Case in which ovarian tumour was simulated by lymphangioma of omentum a. peritoneum. *British med. J.*, novembre 1904, p. 1311. — **Goelet**. The gynecological importance of prolapsed kidney. *Med. Record*, octobre 1904, p. 64. — **Grimsdale**. Case of salpingo-oophoritis treated by operation which was followed by the disappearance of exophthalmie goitre. *Trans. of the North of England Obst. a. Gyn. Soc.*, 1904, f. 4, p. 82. — **Herman**. Discussion on the so called « Ovarian » Pains; its causes and treatment. *British med. J.*, octobre 1904, p. 1055. — **Jacobs**. Enorme sacto-salpinx bilatéral.Abcès des parois tubaires. Ovaires kystiques. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1904, n° 2, p. 59. — **Kirmisson**. La hernie inguinale chez les petites filles. *Le Concours médic.*, 1904, n° 40, p. 629. — **Macnaughton-Jones**. Sclerosis a. cirrhosis of the ovarian as causes of adnexal pains a. other symptoms. *The J. of obst. a. gyn. of the British Empire*, septembre 1904, p. 216. — **Pichevin**. Guérison spontanée de certaines salpingo-ovarites. *La Semaine gynécologique*, 22 novembre 1904. — **Sauvageot**. *Rupture des collections tubaires au cours du palper abdominal et du massage gynécologique*. Th. Paris, 1904, n° 284. — **Schooler**. An unusual ovarian condition. *The Am. J. of med. sc.*, octobre 1904, p. 690. — **Sébian**. *Hernies de la trompe et de l'ovaire*. Th. Paris, 1904, n° 289. — **Stoner**. Some remarks upon pus collection in the female pelvic cavity a. their treatment, *Am. J. Obst.*, septembre 1904, p. 386. — **Témoin**. Appendicite chez la femme (Importance du diagnostic précoce de cette affection et de l'intervention chirurgicale). *Annales méd.-chirurg. du Centre*, octobre 1904, p. 527.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS OVARIOTOMIE, SALPINGECTOMIE. — **Basso**. Beitrag zur Kenntniss der gutartigen bindegewebigen Neubildungen des ovarium, insbesondere der myome. *Zeitsch. f. Geb. u Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft 1, p. 70. — **Boursier**. Un cas de kyste tubo-ovarien. *Sem. gyn.*, novembre 1904, n° 44.— **Cullingworth**. Notes on a case of hydatids of, or connected with both ovaries, right broad ligament, liver, omentum, mesentery, and other parts. *Trans. of obst. Soc. of London*, 1904, vol. XLVI, p. 254. — **Darling**. Large fibromyoma of the left ovary. *British med. J.*, octobre 1904, p. 1068. — **Dévouassoux**. *Conservation de l'utérus et de l'ovaire après la salpingectomie double*. Thèse Paris, 1904, n° 292. — **Doran** (**A**). A table of over fifty complete cases of primary cancer of the Fallopian tube. *The J. obst. a gyn. of the British. Emp.*, octobre 1904, p. 285.— **Duroux**. Fibrome du ligament large. *Bull. Soc. Chirurg. de Lyon*, juin 1904, p. 243. — **Dührssen**. Behandlung der die Schwang., und Geburt Komplizierenden tumoren speziele der kyst. Ovarialtumoren. *Deuts. med. Woch.*, 13 et 20 octobre 1904. — **Eden**. A case of primary hydatid, disease (echinococcus) of the Fallopian tube. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1904, vol. XLVI, p. 243.—**Greene-Cuxstom**. Suppurating cyst of left ovary during pregnancy. Miscarriage. Laparotomy. Death. *Am. J. obst.*, octobre 1904, p. 506. — **Haas**. Zur Kasuistik der Mesenterial cysten. *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 50, p. 145. — **Henrotay**. Kyste dermoïde. bilatéral *Soc. belge Gyn., Obst.*, 1904, n° 2, p. 58. — **Henrotay**. Papillome

ovarien à droite chez une malade opérée de papillome ovarien à gauche quatre ans auparavant. *Soc. belge Gyn. et d'Obst.*, 1904, n° 2, p. 58. — **Lapeyre.** Kystes de l'ovaire et grossesse. Trois cas de torsion du pédicule. Trois ovariotomies. Trois guérisons. *La Gaz. méd. du Centre*, octobre 1904, p. 398. — **Lea.** Ovarian tumours during pregnancy and the puerperium with notes of seven cases. *Trans. of North of Engl., Obs. a. Gyn. Soc.*, 1904, f. 4, p. 85. — **Lippert.** Beitrag zur Klinik der Ovarialtumoren. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVI, Hft 2, p. 389. — **Lockyer.** Pregnancy carcinoma of both ovariés. *Trans. of the Obs. Soc. of London*, 1904, vol. XLVI, p. 229. — **Macnaughton-Jones.** Accessory Fallopian tubes and. their relation to broad ligament ctys a. hydrosalpinx *J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, septembre 1904, p. 212. — **Orthmann.** Ueber embryoma tubæ. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft 1, p. 119.— **Pollosson.** Pseudo-lobulation des fibromes volumineux du ligament large. *Bull. de la Soc. de Chirurg. de Lyon*, juin 1904, p. 229. — **Pozzi.** Papillary cyst and papillary tumors of the ovary with a consideration of the prognosis a. treatment. *Am. J. obst.*, octobre 1904, p. 433. — **Purslow.** Tubal mole. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1904, vol. XLVI, p. 271. — **Sanson.** *Torsion du pédicule dans les tumeurs liquides des annexes.* Th. Paris, 1904, n° 11. — **Shaeffer.** Ueber die Genese und diagnose der Pyo-tubovarialtumoren. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVI, Hft. 2, p. 460. — **Sturner.** Enlargement of the spleen simulating a Pelvic growth ; splenectomy. *The J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, octobre 1904, p. 310.

ORGANES URINAIRES. — **Bovée** (**W.**). Progress of ureteral surgery. *Am. J. obst.* 1904, n° 6, p. 742. — **Cushing.** Tuberculosis of the female urinary organs. Removal of kidney a. ureter. *Annals of gyn. a. Ped.*, 1904, n° 10, p. 547. — **Hamonic.** Expulsion spontanée d'un calcul vésical chez la femme à travers la région vestibulaire de la vulve. *Revue clinique d'andr. et de gyn.*, octobre 1904, p. 293. — **Levadoux.** *Emploi de la voie sous-symphysaire pour aborder l'urètre et la vessie chez l'homme et chez la femme.* Thèse Paris, 1904, n° 375. — **Mc Cann.** Two cases of urethro-vaginal fistula treated by operation. *British med. J.*, octobre 1904, p. 1165. — **Opitz.** Umschriebene Fremdkorper Peritonitis an der Blase eine Metastase eines Ovarialtumors vortäuschend. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, octobre 1904, p. 966. — **Robinson.** The circulation of the ureter. *Annals of gyn. a. Ped.*, septembre 1904, p. 484.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Frédéricq.** Suites opératoires peu connues d'une grossesse extra-utérine. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1904-1905, n° 3, p. 67. — **Haggard.** Removal by vaginal Cystotomy of Skeleton of ectopic fœtus ulcerating into Bladder. *Am. J. Obst.*, novembre 1904, p. 690. — **Hitschmann.** Tubargravidität, bei gleichzeitig bestehender akuter eiteriger Entzundung der Tube. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 1, p. 1. — **Lejars.** Les fausses couches tubaires. *La Semaine méd.*, novembre 1904, p. 380. — **Lingen.** Ueber einen operativen geheilten Fall von ausgetragenen Extra-uterin Graviditat. *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 50, p. 1546. — **Pembray.** On sacs containing Fœtuses and lying free in the peritoneal cavity of a rabbit. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, septembre 1904, p. 203. — **Pembrey** et **Smith.** On sacs containing fœtuses and lying free in the peritoneal cavity of a rabbit. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1904, vol. XLVI, p. 283. — **Pichevin.** Grossesse extra-utérine avec hématocèle suppurée. *Sem. gyn.*, novembre 1904, p. 45.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Ballance.** Remarks on the application of the principles of surgery to the treatment of injury and acute infection when occurring within the abdomen. *The Lancet*, 4 octobre 1904, p. 1195. — **Czerwenka.** Ist die peritonealnaht nach vaginales. Totalexstirpation des uterus überflussig? *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft 1, p. 143.— **Wiggin.** On some point in abdominal surgery; with special reference to a simple technic for appendicectomy and intestinal anostomosis. *The Lancet*, novembre 1904, p. 1395.

MALFORMATIONS GÉNITALES. — **Batigne.** Evolution des collections sanguines résultant de l'imperforation vaginale. *La Gynécologie*, octobre 1904, p. 414. — **Franck.** Ueber obliteratio uteri totalis. *Munch. Mediz. Wochensch.*, 1904, n° 47, p. 2033, 2096. — **Lanphier-Patton.** A case of malformation of the internal genitals with the reproductive gland in the labia majora. *Am. J. Obst.*, octobre 1904, p. 496. — **Isaacs.** Congenital absence of vagina, operation. *Medic. Record*, novembre 1904, p. 818.— **Katz.** Ueber Blutanhaüfungen bei doppelten Genitallen mit Verschluss eines Seite. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 2, p. 349.— **Sell.** Absence of uterus and vagina. *British. med. J.*, décembre 1904, p. 1571.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Besserve.** Une observation d'accouchement anormal. *Le Centre méd.*, novembre 1904, p. 100. — **Prudenza.** Sul distacco placentare. *Archivio di ost. e ginec.*, 1904, n° 10 p. 596, 685. — **Puech.** De la conduite à tenir dans la présentation de la face. *Journ. d'ost. de gynéc. et de péd. pratiques*, octobre 1904, p. 113. — **Roland.** Un cas d'accouchement précipité. *Le Poitou méd.*, septembre 1904, p. 193.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Alfieri (E).** L'ampiezza della pelvi materna. *Annali di ost. e ginec.*, octobre 1904, p. 361. — **De Paoli** et **Gioelli.** Ricerche cliniche batteriologiche in un caso di ittero gravo in gestante. *Archivio di obst. e gyn.*, 1904, n° 11, p. 659. — **Haban.** Schwangerschaftreactionen der fätalen organe u. ihre puerperale Involution. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LII, Hft. 2, p. 191. — **Hässe.** Zur Frage der Ueberwanderung des menschlichen Eies. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LII, Hft. 2, p. 232. — **Kerr (M.).** Notes on a new method of estimating the relative sizes of the maternal pelvis a. fœtal head. *The J. of obst. a gyn., of the British Emp.*, septembre 1904. p. 117. — **Kreiel** und **Mandl.** Exp. Beitärge zur Lehre von der Absonderung und Entleerung des Harnes im fœtalen Leben. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, octobre 1904, p. 919. — **Leo (A.).** Ueber die diagnostiche u. prognostiche Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung. der Lochialsekrets. *Munch. mediz. Wochensch.*, novembre 1904, p. 2131. — **Pestalozza.** Reazioni del sistema nervoso in gravidanza. *La Ginecologia*, 15 sett. 1904. — **Poggliani.** Intorno alla pretesa peptonuria della gravidanza. *Annali di ost. e ginec.*, 1904, n° 9, p. 233. — **Procopio.** I noduli epiteliali sottosserosi delle trombe e del mesosalpinge nella gravidanza uterina. *Archivio di ost. e ginec.*, 1904, n° 8, p. 469. — **Rendall.** Seven cases of hour-glass contraction of the uterus. *The Lancet*, juin 1904, p. 1718. — **Savaré.** Richerche sulla presenza dei globuli rossi immaturi nel sangue in gravidanza e puerperio normale complicati da malattio. *Annali di ost. e gin.*, novembre 1904, p. 490. — **Schauta.** Die Depor. tation der Zotten und ihre Bedeutung. *Zeitsch. f. Geb. u. Gun.*, Bd. LIII, Hft 1, p. 14. — **Wallart.** Ueber die Ovarialveranderungen bei Blasenmole und bei normales Schwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Heft. 1, p. 36.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Arneth.** Die Leucocytose in der Swangerschaft, wahrend und nach der Geburt, und die Leukocytose des Neugeborenen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIV, Hft 1, p. 145.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Viana.** Contributo allo studio della gravidanza composta. *Annali di Obst., Gyn.*, 1904, p. 248.

DYSTOCIE. — **Acland.** Cervical fibroïd of the uterus obstructing labour ; cæsarean section ; supravaginal hysterectomy. *The Lancet*, octobre 1904, p. 948. — **Hellier.** On a case of death due to obstructed labour. *Edinb. med. J.*, novembre 1904, p. 430 — **Morse.** The treatment of obstructed labour when caused by the impaction of a tumour in the pelvis. *The Lancet*, novembre 1904, p. 1343.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bland-Sutton.** Abdominal pregnancy in women. *The Lancet*, décembre 1904, p. 1625. — **Cushing.** Secondary abdominal section. *Annals of gyn. a. ped.*, septembre 1904, p. 469. — **Lehmann.** Extra-uterin pregnancy ; its diagnosis. Report of cases. *Med. News*, décembre 1904, p. 1059. — **Mac Lean.** Notes on some cases of ectopic gestation. Novembre 1904, p. 1315. — **Wiener.** Extrauteringravidität beigleichzeitig bestehenden Intra-uterin-gravidität. *Münchenen med. Woch.*, 1904, p. 2051.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Ballantyne.** Hydrocephalic fœtus deliver ed by spinal tapping. *British med. J.*, décembre 1904, p. 1567. — **Borland.** A case of exolphthalmos in the newly born. *The Lancet*, novembre 1904, p. 1344. — **Call.** An epidemic of pemphigus nenatorium. *Am. J. Obst*, octobre 1904, p. 473. — **Goodwey.** A note on a rare case of acephalic monster. *The J. of Obst. a. Gynec. of the Bristish Emp.*, octobre 1904, p. 384. — **Grassi (G.).** Alterazioni anatomo-patologiche del fegato nella sifilide infantile congenita. *Annali di ost. e. ginec.*, octobre 1904, p. 398. — **Hecht.** Zur Kasuistik der Missbildungen. *Munch. med. Wochensch.*, novembre 1904, p. 2092. — **La Torre.** Sintomatologia e diagnosi della brevita del cordone ombelicale durante la gravidanza ed il parto. *La Clinica ostetrica*, septembre 1904, p. 261. — **Le Roux.** Arthrite blennorrhagique tibio-tarsienne consécutive à une ophtalmie purulente chez un nouveau-né. *L'Année méd. de Caen*, 1904, n° 11, p. 155. — **Mori (A.).** Le lesioni congenite del diaframma e

l'insufficienza respiratoria del neonato. *Annali di ost. e ginec.*, 1904, n° 10, p. 381. — **Muret.** Du mécanisme de la chute du cordon chez le nouveau-né. *Bull. de la Soc. vaudoise des sages-femmes*, 1904, n° 10, p. 152.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Bacon.** Vaginal cesarean section as a substitute for induction of labor in cases of threatened eclampsia or of Brights disease. *Am. J. Obst.*, octobre 1904, p. 488. — **Bignami.** Impropria classifica di taglio cesareo nella casistica per placenta previa. *La Clinica ostetrica*, novembre 1904, p. 325, 373. — **Carstens.** Vaginal cesarean section in grave cases of puerperal eclampsia. *Am. J. Obst.*, novembre 1904, p. 633. — **De Bovis.** De l'ostéotomie pubienne par la méthode de Gigli. *La Semaine méd.*, décembre 1904, p. 409. — **De Seigneux.** The instrumental dilatation of the cervix and orifice of the womb during pregnancy a. labour. *The J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, septembre 1904, p. 191. — **Jacoby.** Ueber die kunstliche Unterbrechung der Schwangerschaft durch die Bougie methode. Ebrfabrungen über Indication u. Methodeam. 228 Fallen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 2, p. 261. — **Kroemer.** Erfolge und Aussichten der künstlichen Fruhgeburt. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, octobre 1904, p. 901. — **Montgomery.** Symphysiotomy in persistent mento-posterior (Face) presentation. *Am. J. Obst.*, septembre 1904, p. 343. — **Pollak.** Weitere Beitrage zur Technik der mach. Dilatation mit spezieller Berucksichtigung ihrer Erfolge in der Eklampsiebehandlung. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, octobre 1904, p. 951. — **Sippel.** Schonende oder forcierte Entbindung bei Eklampsie. *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 27, p. 841. — **Van de Velde.** Intorno alla tecnico dell' ebotomia taglio piu o meno lateralizatto del pube. *La Clinica ostetrica*, août 1904, p. 229. — **Van de Velde.** Hebotomy. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1904, n° 10, p. 533. — **Zinke.** The relative value of the means a. methods employed in accouchement forcé. *Am. J. Obst.*, novembre 1903, p. 653.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Achard** et **Paisseau.** Embolie pulmonaire bénigne précédant la phlegmatia puerpérale. *La Tribune méd.*, 1904, n° 42, p. 661. — **Baisch.** Uterusverletzungen und Schwangerschaftruptur. *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 50, p. 1537. — **Bauereisen.** Beitrag zur Frage der Placenta adhärenz. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 2, p. 310. — **Bokelmann.** Zur Verhütung von Fieberfallen in Wochenbett. *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 26, p. 821. — **Byers.** Suggestion for the prevention of puerperal infection in the private practice. *British med. J.*, novembre 1904, p. 1314. — **Coudert.** *Grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire.* Th. Paris, 1904, n° 264. — **Cramer.** Embolie der arteria mesenterica superior im Puerperium. *Münch. med. Woch.*, 1904, p. 2049. — **Dorland.** Puerperal hematoma tardy development of a fatal case of the vagino-vulvo-perineal type. *Am. J. Obst.*, 1904, n° 6, p. 157. — **Fellner.** Die Chirurgie in der Schwangerschaft, insbesondere bei interne. Erkranchungen. *Cent. of die Grenzgeb. der Med. u. Chirurg.*, 1904, n° 19, p. 721. — **Friedman.** Coma following labor. *The Boston med. a. Surg. J.*, octobre 1904, p. 464. — **Goldenstein.** Ein Fall von abnorm langer Retention des am normale Schwangerschaftsende abgestorbene Fötus. *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 26, p. 826. — **Goldspohn.** A unique case of circumscribed infection of the placenta a. excessive vomiting, with remarks about hyperemesis gravidarum. *Am. J. Obst.*, novembre 1904, p. 712. — **Haultain.** A case of lithopœdion 41 years in the abdominal cavity. *The J. of obst. a. gyn. of British Emp.*, octobre 1904, p. 208. — **Hirigoyen.** Maladies du cœur, grossesse et accouchement. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, novembre 1904, p. 562. — **Hoennicke.** Zur Theorie der Osteomalacia zugleich zur Lehre von den Krankheitein der Schildrüse. *Berl. klin. Wochensch.*, 1904, n° 44, p. 1154. — **Kronig.** Kurze Bemerkung zur Lumbalpunktion bei Eklampsie. *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 49, p. 1511. — **Macgnab.** Case of puerperal eclampsia treated by thyroid extract dissolved in Saline and. given subcutaneously. *The J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, octobre 1904, p. 386. — **Martin.** On the vomiting of pregnancy. *British med. J.*, décembre 1904, p. 1569. — **Mucci.** La Cura dell' aborto incompleto nei primi mesi della gravidanza. *La Clinica ost.*, octobre 1904, p. 293. — **Munro Kerr.** Notes on a case of spontaneous rupture of the uterus during pregn ancy through the cicatrix of a cœsarean section wound, with a brief reference to similar. recorded cases. *The J. of obst. a. gyn. of the British Emp.* octobre 1904, p. 378. — **Peterson.** Beitrag zur patologischen Anatomie der Puerperal-eklampsie, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 2, p. 280. — **Piequé.** Rupture de l'utérus post-abortum péritonite au début. Hystérectomie subtotale. Guérison. *Bull. et mém. Soc. chirurgie*, 1904, n° 29, p. 824. — **Richter.** Thrombose u. Embolie im. Wochenbett, sowie die auf derselben Grundlage beruhenden Lungenerkrankungen der Wochnerinnen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 1, p. 102. — **Roland.** Sclérose en plaques avec grossesse. *Poitou médical*, 1er novembre 1904. — **Rudaux.** Occlusion intestinale au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. *Ann. gén. de méd.*, octobre 1904, p. 2586. — **Sinnetamby.** Placenta prævia. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British*

Emp., septembre 1904, p. 220. — **Sturmer**. Three attacks of eclampsia occurring in a multipara. *The J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, 4 septembre 1904, p. 224. — **Taussig**. The hematom-mole. Its clinical a. pathological characteristics a. relation to early Hydramnios. *Am. J. Obst.*, octobre 1904, p. 456. — **Whithridge Williams**. Intrapelvic hematoma following labor not associated with lesions of the uterus. *Am. J. Obst.*, octobre 1904, p. 442. — **Williams**. Deaths in childhood; a preventable mortality. *The Lancet*, juillet 1904, p. 4. — **Wilson (R.)**. The treatment of prolapse of the umbilical cord. *Med. Record*, novembre 1904, p. 775. — **Wormser** et **Labhardl**. Weitere Untersuchungen zur modern Lehre der Eklampsie. *Munchen mediz. Wochensch.*, décembre 1904, p. 2285.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, ANESTHÉSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Anderson**. On streptococcal infection and the use of antistreptococcie serum. *The Lancet*, octobre 1904, p. 1211. — **Bumm**. Ueber Serum-Behandlung beim Puerperalfieber. *Berliner klin. Wochensch.*, 1904, n° 44, p. 1145. — **Chartier**. La rachistovanisation en obstétrique. *La Gynécologie*, octobre 1904, p. 429. — **Hamilton**. Antistreptococcus serum in puerperal septicemia a. Scarlet. *Am. J. Obst.*, novembre 1904, p. 589. — **Hirst**. Chlorate of potassium in habitual abortion. *Lancet*, octobre 1904, p. 1081. — **Peham**. Ueber Serumbehandlung bei Puerperalfieber. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 1, p. 47. — **Wormser**. Verwendung der Gummihandschuche bei der manuellen Placentarlosung. *Deutsche med. Wochensch.*, 3 novembre 1904. — **Zangemeister**. Die Rückenmarksanesthesie bei Gebarenden. *München. Mediz. Wochensch.*, 1904, n° 41, p. 1817.

VARIA. — **Alberts-Schonberg**. Ueber den Nachweis des Kinder in der Gebarmutter mittels Rontgenstrahlen. *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 49, p. 1514. — **Capaldi**. Sulla diffusione della tifoagglutinusine in gravidanza. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1904, n° 8, p. 449. — **Clarke**. The advantage of limiting artificial interference in obstetric practice. *Am. J. Obst.*, novembre 1904, p. 720. — **Edin**. Notes on Midwifery cases in Madagascar. *The Lancet*, octobre 1904, p. 1213. — **Olshausen**. Statistischer Bericht über die Geburten der koniglichen Universitäts Frauenklinik in Berlin wärhend 15 Jahren mit hesonderer Berucksichtigung der Morbiditat und Mortalitat. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 2, p. 235. — **Puech**. De la grossesse angulaire. *Gaz. des hôpitaux*, décembre 1904, p. 1343.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

G. STEINHEIL, Éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

VIENT DE PARAITRE

L'ŒUF HUMAIN

ET LES

PREMIERS STADES DE SON DÉVELOPPEMENT

ÉLÉMENTS D'EMBRYOGÉNIE

PAR

J. POTOCKI et **A. BRANCA**

Professeur agrégé à la Faculté de Paris
Accoucheur des hôpitaux.

Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris.

Avec une préface du professeur **A. PINARD.**
1 volume in-8 grand-jésus de 196 pages avec 100 figures dans le texte
et 7 planches en couleurs. Prix . . . . . **10** francs.

Ce livre a été écrit pour servir d'introduction à l'étude de l'obstétrique. Les auteurs y ont mis au point les questions principales qui, de près ou de loin, se rattachent à l'histoire de la fécondation et du développement de l'œuf. Ces questions sont encore insuffisamment connues des médecins, parce que les travaux qui s'y rattachent sont pour la plupart publiés dans des périodiques de science pure que les médecins et les étudiants n'ont pas entre les mains. Aussi a-t-il semblé à MM. Potocki et Branca qu'il y avait là une lacune utile à combler.

Leur intention a été d'écrire un livre sur le développement de l'œuf dans l'espèce humaine et non sur l'embryogénie en général; ce sont donc les divers stades du développement de l'œuf humain qu'on trouvera exposés dans ce volume. Les auteurs étudient tour à tour : *les produits sexuels* : leur origine et leur valeur morphologique ; *l'appareil sexuel et la vie sexuelle :* l'ovulation et le corps jaune, la menstruation, les organes génitaux pendant la grossesse, l'appareil génital et le post-partum ; *les premiers développements de l'embryon* : la fécondation, la segmentation de l'œuf, la formation des feuillets embryonnaires ; *les annexes embryonnaires* : la vésicule ombilicale, l'amnios, l'allantoïde, le chorion, la fixation de l'œuf et la placentation, le cordon ombilical.

TRAVAUX DE CHIRURGIE ANATOMO-CLINIQUE

Par **Henri HARTMANN**
Professeur agrégé à la Faculté de médecine

DEUXIÈME SÉRIE. — **VOIES URINAIRES — TESTICULE**

Statistique du service Civiale, par HARTMANN. — Les tumeurs de la capsule surrénale, par HARTMANN et LECÈNE. — Etude sur les tumeurs solides du rein, par LECÈNE. — Kystes du rein, par HARTMANN. — De la conduite à tenir en présence d'une déchirure de la veine cave au cours de la néphrectomie, par HARTMANN. — Quel est le meilleur moyen d'étudier la manière dont se fait l'évacuation du contenu des reins ? par HARTMANN. — Anatomie des glandes bulbo-uréthrales, par P. LEBRETON. — Note sur un cas de kyste développé aux dépens d'une glande bulbo-uréthrale, par HARTMANN. — Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine, par HARTMANN. — L'épithélioma primitif de l'urèthre prémembraneux chez l'homme, par LAVENANT. — Tuberculose de l'urèthre simulant un néoplasme, par LECÈNE et PRAT. — Etude sur la tuberculose expérimentale du testicule, par CH. ESMONET. — Technique des orchites expérimentales par voie artérielle spermatique, par CH. ESMONET. — Hydrohématocèle en bissac infectée de dimensions énormes, par HARTMANN. — Note sur la bactériologie des vaginalites aiguës, par HARTMANN, ESMONET, et LECÈNE. — Note sur l'histologie de l'épididymite blennorrhagique, par B. CUNÉO.

1 vol. in-8 grand jésus de 340 pages avec 105 figures. Prix : **15** francs.

Paru précédemment :

PREMIÈRE SÉRIE. — **Voies urinaires. Estomac.** — Avec la collaboration de MM. B. CUNÉO, DELAAGE, P. LECÈNE, LEROY, G. LUYS, PRAT, G.-H. ROGER, SOUPAULT. Un vol. in-8 grand-jésus de 360 pages avec 113 figures dans le texte. Prix : **15** francs.

Supplément aux *Annales de Gynécologie.* — Janvier 1905.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De l'apiol.

L'apiol est le principe actif de la semence de persil, dont les propriétés emménagogues sont incontestables et reconnues par la plupart des auteurs qui l'ont étudié (Bouchardat, Bouchut, Siredey, etc.). Cette action est utilisée surtout dans la dysménorrhée, quand celle-ci doit être traitée, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une inflammation de l'utérus ou des annexes. L'indication principale est fournie par les règles douloureuses des jeunes filles, dont la *Gazette hebdomadaire* a étudié le traitement dans un article récent. Ajoutons que l'apiol se serait montré efficace dans les fièvres intermittentes de moyenne intensité (Manquat).

Doit-on donner le nom d'apiol au liquide oléagineux, non volatil, d'une coloration variant du jaune ambré au vert et même au vert brun, de saveur âcre et piquante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme? Ou bien ce liquide n'est-il autre chose qu'un produit complexe, dans lequel on peut isoler un principe actif cristallisable ? Ce sont là des points qui ne sont pas encore définitivement tranchés et sur lesquels les opinions des chimistes varient avec leurs pays d'origine.

Tandis que l'apiol liquide semble ou plutôt semblait, il y a encore peu d'années, prévaloir en France et en Belgique, en Allemagne, au contraire, l'apiol cristallisé est adopté à l'exclusion des autres formes sous lesquelles il peut être obtenu.

La caractéristique de ce désaccord est fournie par ce fait assez curieux que quelques fabricants allemands qui, dans leur préparation de l'apiol, obtiennent le principe cristallisé à côté du principe liquide, se réservent le premier pour les besoins de la consommation allemande et livrent à la consommation française le principe liquide, qu'ils ne peuvent écouler chez eux.

Si l'on admet l'opinion qui prédomine en Allemagne et à laquelle de sérieux travaux des chimistes allemands ont ajouté un regain d'intérêt (*Annales de Merck*, 1896-98), l'apiol, chimiquement pur, serait un corps cristallisé en aiguilles blanches, fusibles à + 30°, bouillant vers + 300°, et, comme l'apiol liquide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et le chloroforme.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une façon bien formelle sur les données contradictoires fournies par la pharmacopée franco-belge d'une part, la pharmacopée allemande d'autre part. Le mieux est donc d'augurer, non de telle ou telle constitution chimique, mais seulement des effets thérapeutiques qu'on en a obtenus. Ici encore la clinique reste souveraine et c'est à elle qu'il faut s'en rapporter pour faire un choix entre les deux produits.

Or une expérience de plus de dix années semble établir que l'apiol cristallisé réunit au plus haut degré toutes les qualités requises de cette substance. Mais, pour cela, il est nécessaire que la préparation pharmaceutique soit obtenue de telle manière que les principes utiles de la semence de persil, cristallisables ou non cristallisables, s'y trouvent associés, à l'exclusion des substances féculentes ou résineuses dont il convient de débarrasser l'apiol. Leur présence modifie même le poids spécifique de l'apiol liquide, qui tombe au fond de l'eau ou surnage, selon les éléments étrangers qui peuvent s'être introduits ou maintenus dans la préparation par les dissolvants employés au traitement de la semence de persil.

Sans doute, la question est encore à l'étude ; mais, comme le produit cristallisé a une action thérapeutique absolument identique au produit huileux complexe connu sous le nom d'apiol, *le praticien devra toujours prescrire de préférence l'apiol cristallisé*, qui lui donnera les garanties de pureté qui font défaut à la forme liquide dont la coloration, le poids spécifique varient avec les méthodes de préparation.

L'apiol s'emploie à la dose de 25 à 75 centigrammes par jour sous forme de capsules gélatineuses de 15 centigrammes de substance active *en solution huileuse*. C'est le seul mode pratique d'administration.

L'Usine Française (Goy et Cie) est la seule qui prépare cet apiol cristallisé, de pureté certaine.

A NOS LECTEURS

En ma qualité de doyen de la Rédaction actuelle des *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, j'ai l'honneur et la joie d'annoncer à nos lecteurs une bonne nouvelle.

Notre collaborateur et ami Paul Segond, nommé il y a quelques jours professeur de médecine opératoire à la Faculté, a bien voulu accepter la succession de notre regretté maître et ami le professeur Tillaux. A partir d'aujourd'hui, il devient l'un des trois directeurs de ce journal. Ancien élève de Gallard, le professeur Paul Segond, mon collaborateur assidu depuis quinze ans à la Clinique Baudelocque, n'a pas hésité à nous donner cette nouvelle preuve de dévouement, ce pourquoi je lui exprime ici ma profonde reconnaissance.

ADOLPHE PINARD.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ABSENCE TOTALE DU VAGIN ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

Par le docteur **Vautrin**, de Nancy, professeur agrégé à la Faculté.

Parmi les malformations congénitales du vagin, l'absence totale de cet organe est l'une des plus rares et des plus difficiles à guérir. Embryologiquement, l'explication de cette malformation est bien établie et admise par tous les auteurs, sauf peut-être en ce qui concerne la formation de l'hymen et du vestibule du vagin. L'accolement des canaux de Müller donne normalement naissance aux trompes, à l'utérus et au vagin; une anomalie dans la coalescence de ces canaux explique aisément et les oblitérations partielles et les oblitérations totales du canal vaginal. Le fait que, dans l'absence totale ou partielle du vagin, il existe quand même un hymen et un vestibule vaginal plus ou moins rudimentaires, semble indiquer que ces derniers organes n'ont pas une origine müllerienne, et qu'ils se développent aux dépens du sinus uro-génital (Pozzi). Quoi qu'il en soit de ces théories embryogéniques, qui passionneront encore longtemps les anatomistes, une question essentielle domine l'étude de ces lésions congénitales, c'est la thérapeutique qui leur est applicable. Sur ce point, la chirurgie a déjà accumulé bon nombre de documents, d'où il peut se dégager à l'heure actuelle des méthodes principales, dont la valeur indiscutable et bien établie s'impose à l'attention des opérateurs.

Nous ne sommes plus à l'époque où la création d'une cavité vaginale pouvait compter comme une opération grave et exposait à des accidents septicémiques mortels, à l'époque où Dupuytren, Sabatier, Cazeaux, Nélaton, Langenbeck, à la suite de revers répétés, formulaient l'abstention dans tous les cas où des complications pressantes ne forçaient pas la main. En Amérique, Steward, Lawson-Tait prêchaient également la prudence. Il a fallu l'antisepsie et la transformation successive des procédés chirurgicaux pour en appeler de ces opinions et pour établir la légitimité de l'intervention dans tous les cas d'absence totale ou partielle du vagin.

La thèse de Baudry (thèse de Bordeaux, 1893-1894), de Mlle Dumi-

trescu (thèse de Paris, 1896), qui sont les deux plus récents travaux d'ensemble sur ce sujet, abordent la discussion des contre-indications aux différents points de vue de la morale, de la religion et de la chirurgie, et les conclusions qui en découlent sont favorables à l'intervention.

Il existe en faveur de l'établissement d'un vagin artificiel une indication formelle lorsqu'il y a rétention des règles ou hématométrie. Dans ces conditions que je ne veux pas envisager ici, l'avis est unanime, il faut créer une voie d'issue pour le sang accumulé dans l'utérus, et la voie périnéale est la meilleure et la plus déclive. On discute bien encore pour savoir si la laparotomie n'est pas généralement préférable (Riedinger), mais il semble que l'accord soit bien prêt de se faire sur les avantages et les préférences à donner à la voie inférieure.

Je veux envisager seulement les cas où *l'absence totale du vagin ne s'accompagne d'aucune rétention menstruelle.* Dans cette catégorie de faits rentre une observation que je vais rapporter plus loin, au sujet de laquelle je discuterai quelques points intéressants de thérapeutique. On peut diviser en deux classes les malformations de ce genre : a) l'*absence totale de vagin avec absence de molimen menstruel*, et b) l'*absence totale de vagin avec existence du molimen menstruel.*

Lorsque le vagin est absent, sauf à son extrémité inférieure, où l'on trouve généralement un hymen et un vestibule, et qu'il n'existe chez la femme, arrivée à l'âge de 20 ou 25 ans, *aucun phénomène indiquant un molimen menstruel*, on doit poser la question de l'utilité de l'intervention. Si l'on a révélé de bonne heure à la femme ainsi malformée l'état réel de ses organes génitaux et l'absence de troubles qui en résultera pour sa santé générale, il est probable qu'elle en acceptera toujours les conséquences et qu'elle renoncera définitivement au mariage, d'autant plus facilement qu'elle ne ressent pour cet acte de la vie aucun appétit et aucun attrait. L'abstention est alors de règle, et il ne viendra à l'esprit d'aucun chirurgien de proposer de modifier l'état physique de telles créatures ainsi disgraciées par la nature, car il est bien évident que la création d'un vagin ne pourrait réveiller chez elles l'instinct sexuel congénitalement aboli.

Il n'en est plus de même si la jeune femme ainsi malformée a consenti au mariage, malgré l'aménorrhée et l'absence de toute sensation génitale. Bien que cela paraisse étrange de prime abord, le fait se produit parfois, au grand préjudice du mari et avec la plus absolue bonne foi de

la part de la femme. Dans ces conditions, la famille de cette dernière pousse parfois au mariage, dans l'espoir que celui-ci modifiera l'état antérieur et provoquera l'apparition des règles jusqu'alors absentes. Quand le médecin est consulté et que l'anomalie de développement est découverte, il est trop tard ; l'acte civil et religieux qui lie irrémédiablement deux êtres, est consommé, et bien que la loi offre dans ces cas une échappatoire valable en droit, il répugne souvent d'y avoir recours. Le chirurgien est alors sollicité d'intervenir, et j'ai la conviction qu'il ne saurait se dérober. Cette question a été souvent et longuement discutée ; elle a été résolue en deux sens opposés. Les uns considèrent qu'il est contraire à la morale et à la foi chrétienne d'entreprendre la création d'un vagin, dans le but d'une simple satisfaction charnelle; les autres, persuadés que le mariage ne peut être consommé que par le rapprochement sexuel des deux êtres, croient logique et naturel de favoriser ce rapprochement et de le rendre possible en réparant une erreur de la nature. Au point de vue humanitaire, il pourrait y avoir doute, si la création d'un vagin constituait une opération grave, mettant en péril la vie de l'un des conjoints ; de même l'on pourrait hésiter si le vagin artificiellement formé était destiné à ne fonctionner qu'imparfaitement et à être la cause de souffrances ou de complications ultérieures. Mais il n'en est plus ainsi de nos jours, grâce aux nouvelles méthodes chirurgicales et à l'autoplastie. On peut donc prétendre que l'intervention dans les cas d'absence totale du vagin, avec non-existence du molimen menstruel, est justifiée, lorsque la malformation est reconnue seulement après le mariage.

Lorsque le molimen menstruel existe manifestement chez une femme atteinte d'une absence totale du vagin, les indications opératoires sont plus formelles.

Ce molimen semble indiquer que les organes génitaux internes sont relativement bien développés, et que les ovaires sont susceptibles d'un fonctionnement au moins rudimentaire. L'examen par la vessie et le rectum, par le toucher et le palper combinés, révèlent alors la présence de l'utérus dans le pelvis, avec des trompes et des ovaires plus ou moins gros et sensibles. L'impossibilité du flux menstruel, chez ces malades, tient uniquement à l'absence du vagin : aussi voit-on survenir assez fréquemment de la rétention dans l'utérus ou les trompes, des apoplexies ovariennes avec ou sans hématocèle. L'hématométrie, l'hématosalpinx, l'hématocèle même, sont les complications les plus fréquentes de

ces malformations, et l'on ne saurait trop chercher à les conjurer.

Certains chirurgiens, dans le but de supprimer le molimen menstruel, ont préféré recourir à *la castration*. L'opération de Battey trouve là, à vrai dire, des indications fort nettes, parce qu'elle supprime d'une manière presque certaine, mais non cependant absolue, les chances d'hématométrie. Tauffer, Langenbeck, Peaslee, Kleinweichter, Strauch, Duvaluis y ont eu recours avec succès. Boursier a pratiqué également la castration ovarienne chez une malade qui présentait des troubles nerveux très marqués et des douleurs abdominales vives durant 5 à 8 jours, avec attaque de nerfs, vomissements, etc. Le résultat fut longtemps indécis, puisque les crises dysménorrhéiques reparurent pendant plusieurs mois consécutifs; elles disparurent dans la suite (Baudry). Malgré ces succès dus à la castration, il est certain que ce moyen thérapeutique restera souvent infidèle, car il faut tenir compte de la fréquence des anomalies dans le développement des ovaires, et de l'existence d'ovaires erratiques ou surnuméraires. D'ailleurs, les insuccès que donne souvent l'opération de Battey, lorsqu'elle s'adresse à des troubles nerveux ovariens ou dysménorrhéiques, nous mettent en garde contre l'efficacité de ce traitement. On devrait toutefois lui accorder plus de crédit dans les cas de troubles circulatoires proprement dits, c'est-à-dire lorsqu'il existe des hémorragies supplémentaires graves.

Lorsque les accidents nerveux ou dysménorrhéiques sont intenses, il paraîtra plus sûr et plus efficace de recourir non à la castration simple, mais à l'hystérectomie abdominale, qui supprime définitivement tout danger d'hématométrie, et cela sans exposer à des risques plus grands que l'opération de Battey.

La suppression des ovaires et des trompes, ou bien l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale, sont des modes de traitement auxquels il sera logique et légitime de recourir lorsqu'il s'agira d'une femme non mariée ou vouée par préférence au célibat, ou encore lorsque l'examen détaillé des organes pelviens aura démontré que l'utérus n'a qu'un développement rudimentaire. Dans les cas contraires, et avec un utérus d'un volume et d'une situation normale, il y a mieux à faire : la création d'un vagin s'impose. La perfection des procédés opératoires actuels n'interdit pas d'espérer, le vagin ayant été constitué dans un premier temps, de mettre dans une seconde séance le col utérin en communication avec le canal vaginal artificiel, ce qui restitue en définitive la forme et la fonction. Si cet idéal thérapeutique n'a pas encore été réalisé méthodiquement

jusqu'à ce jour, du moins il n'est pas défendu d'y songer et de travailler à sa réalisation. Emmet et Fletcher, dans des cas d'absence totale du vagin, ont pu restaurer entièrement les fonctions utérines et menstruelles normales. Gérard-Marchant est arrivé aux mêmes résultats, au grand bénéfice de sa malade. La patiente de Fletcher, qui cependant n'avait antérieurement à l'opération aucun molimen menstruel, a pu devenir enceinte et accoucher heureusement. Ces excellents résultats ont été obtenus par des procédés d'une technique certainenent inférieure à celle dont nous pouvons disposer aujourd'hui. Je vais rappeler brièvement les principales méthodes de création d'un vagin artificiel.

L'*incision simple* est le procédé le plus ancien. Le bistouri et les ciseaux coupent tranversalement, à partir du vestibule de la vulve rudimentaire, tous les tissus compacts du périnée et continuent à créer une brèche entre la vessie et le rectum répérés par une sonde et le doigt d'un aide, jusqu'au voisinage du cul-de-sac péritonéal et de l'utérus, que le doigt peu sentir et apprécier dans la profondeur. La cicatrisation livrée à elle-même est surveillée, et la largeur du vagin est entretenue par des dilatations fréquentes.

Ce procédé, au lieu d'être exécuté uniquement par l'instrument tranchant, peut être combiné *au décollement* par le doigt. Mais l'inconvénient majeur reste le même, c'est-à-dire que la cicatrisation par du tissu inodulaire finit toujours par restreindre en profondeur et en largeur toutes les dimensions du vagin artificiel.

Par l'incision et le décollement combinés, on a obtenu autrefois des succès notables. Je n'en veux pour preuve que l'observation de Dolbeau (*Gaz. des hôpitaux*, 1866, p. 333), où on trouve relaté que le vagin artificiel donnait libre passage aux règles. Cette femme put se marier et accoucher heureusement en présence du professeur Tarnier. Des malades de Rœve, de Tédenat, de Mollière, opérées par cette méthode, ont pu recouvrer un vagin utile, avec une menstruation normale. Dans la thèse de Mlle Dumitrescu, on trouve un certain nombre de faits heureux, qui démontrent la valeur du procédé du décollement, lorsqu'il est suivi d'une dilatation prolongée.

C'est par ce procédé de l'incision et du décollement que Polaillon a obtenu un succès remarquable et a pu créer le vagin et y aboucher l'utérus en deux séances (*Bull. Soc. de chir.*, 29 mars 1887), et que Gérard-Marchant est arrivé dans un premier temps à créer un canal vaginal, dans lequel il put inclure, par une laparotomie ultérieure, le col utérin, énucléé

des tissus voisins. Segond, Albertin, Binaud, Demons ont aussi constitué de la même manière des néo-vagins, mais sans se préoccuper de créer une communication avec l'utérus.

Dans toutes ces observations, exécutées déjà sous le couvert de l'antisepsie, on trouve mentionnées d'abord la facilité et l'innocuité de l'opération, mais aussi la tendance invariable de la cicatrisation ultérieure à oblitérer la brèche vaginale créée. Si quelques opérées ont gardé, après l'opération de l'incision combinée ou non au décollement, des néo-vagins larges et profonds, le plus grand nombre a vu survenir l'oblitération ou le rétrécissement progressifs. Rares sont les patientes qui, comme l'opérée de Richet, ont bénéficié de l'intervention d'une manière remarquable. L'observation rapporte que cette femme, heureuse de son sort et contente de pouvoir échapper à toute fécondation, se fit fille publique à la satisfaction de ses amants. Généralement les néo-vagins constitués par le décollement sont destinés à devenir inutilisables dans la suite, à moins de les soumettre à une dilatation prolongée et souvent répétée.

Le moyen vraiment efficace et simple à la fois d'éviter la rétraction cicatricielle est d'utiliser les ressources de *l'autoplastie*. Lannelongue (de Bordeaux), Roux (de Lausanne), Villar, Picqué et d'autres encore y ont eu recours et n'ont eu qu'à s'en féliciter.

Roux a employé pour la création d'un vagin deux lambeaux muqueux tracés symétriquement à partir de l'hymen sur la face interne des grandes lèvres et aux dépens des petites lèvres dédoublées. Ces lambeaux suturés par leurs bords furent appliqués par leurs faces cruentées sur les parois du néo-vagin. Picqué utilise également la muqueuse vulvaire autant qu'il est possible et se sert, au besoin, d'un lambeau supplémentaire cutané. Schwartz, Villar (de Bordeaux) se contentent de la muqueuse vulvaire, craignant les délabrements provoqués par le tracé de lambeaux.

Délagénière a employé le premier un procédé auquel j'ai eu recours sans savoir qu'il eût déjà fait l'objet d'une tentative chirurgicale. Voici l'observation personnelle, qui mettra suffisamment en relief ce procédé :

Obs. — Mme D..., âgée de 24 ans, habitant les Vosges, exerce la profession de sage-femme et s'est mariée depuis quelques mois. Elle se présente à ma clinique le 14 décembre 1900, réclamant les secours de la chirurgie pour une malformation que le mariage lui a révélée, et qui la préoccupe énormément.

Jusqu'alors Mme D... a toujours joui d'une bonne santé ; elle est brune, forte de taille, au-dessus de la moyenne. Jamais elle n'a été réglée, mais cette situation anormale ne l'a pas préoccupée, car elle pensait que le mariage

déterminerait chez elle la transformation désirée et stimulerait la menstruation. Intelligente et avertie par la nature de ses études antérieures à la Maternité, Mme D... n'avait jamais soupçonné la malformation dont elle est atteinte; elle constatait périodiquement, tous les mois, à des époques assez régulières et durant plusieurs jours, les phénomènes bien nets du molimen menstruel. Elle éprouvait dans le bas-ventre une sensation de lourdeur et de tension pénible, du gonflement et des picotements dans les seins, des bouffées de chaleur à la face et des douleurs dans les reins. Ces troubles cataméniaux avaient débuté vers l'âge de 14 ans.

Lors du premier rapprochement sexuel, Mme D... éprouva un vif malaise et, devant l'impossibilité de l'intromission du pénis, elle fit appel à ses connaissances, ou plutôt à son expérience, et s'aperçut de l'oblitération du vagin, qu'elle ne crut pas absolue tout d'abord. Après plusieurs tentatives infructueuses, elle dut se rendre à l'évidence et réclamer le concours de la chirurgie.

Il s'agit d'une femme forte et bien constituée. Les seins sont bien développés et présentent des lobes glandulaires normalement conformés; les mamelons et les glandes de Montgomery sont saillants et très appréciables; l'aréole est bien colorée. L'abdomen est conforme au type féminin et le bassin, large et spacieux, ne fait prévoir aucune malformation.

Les organes génitaux externes, vestibule du vagin et urèthre, paraissent occuper au-dessous de la symphyse et du mont de Vénus, bien recouvert de poils épais, une situation un peu élevée et réduite. Le périnée semble très large et très étendu. Les grandes lèvres sont courtes, peu saillantes et peu charnues; elles s'amincissent dans leur partie intérieure et se perdent au-dessous du vestibule dans les téguments rigides du périnée. Les petites lèvres sont réduites à deux légères saillies latérales. Le clitoris est bien formé et l'urèthre a un méat normal. Il existe un hymen petit, charnu, figuré par une membrane de quelques millimètres de hauteur, en forme de croissant, laissant voir en arrière d'elle une dépression cupuliforme, fermée par une muqueuse rosée non dépressible, faisant corps avec un bloc de tissus serrés et compacts. On ne trouve sur cette dépression aucun orifice, aucune fistule. De la fourchette à l'urèthre, l'étendue du vestibule n'excède pas 1 centimètre et demi; il y a donc là une atrophie manifeste des organes vulvaires.

La palpation seule ne m'apprend rien sur l'existence de l'utérus, mais par le toucher rectal et le cathétérisme vésical combinés, il est possible de se rendre compte de la présence d'un utérus assez volumineux, libre dans la cavité pelvienne, dont on suit à travers la paroi rectale le segment inférieur jusqu'au point où il semble fixé en avant du cul-de-sac de Douglas. Entre la sonde introduite dans la vessie et l'index qui explore le rectum, on ne sent qu'une masse compacte de tissus périnéaux sans aucune cavité ou lacune intermédiaires. *Il y a donc absence totale du vagin, avec présence de l'utérus et probablement des annexes, et persistance du molimen menstruel.*

Mme D... me prie instamment de faire tout le nécessaire pour créer un

vagin qui la mette à même de remplir ses devoirs conjugaux. Elle semble se résoudre facilement à la perte des fonctions utérines, mais elle attache une importance absolue à la formation d'un néo-vagin. Sur ses instances, je décide d'entreprendre la création d'un vagin, me réservant ultérieurement, si le cas est favorable, de proposer également la greffe de l'utérus dans le canal artificiellement établi.

L'opération est pratiquée le 19 décembre 1900, sous le chloroforme.

Je pratique à partir de la dépression vestibulaire sous-uréthrale, verticalement et à travers l'hymen et la fourchette, une incision de 5 à 6 centimètres, n'intéressant dans sa partie inférieure que quelques fibres du muscle transverse du périnée. Cette incision produite sur une profondeur de 3 centimètres environ, je dépose le bistouri, puis, me repérant sur le doigt d'un aide introduit dans le rectum et sur une sonde laissée dans la vessie, mon index décolle entre ces deux organes le tissu cellulaire interposé, perforant quelques lames aponévrotiques et écartant les fibres musculaires du releveur de l'anus. Le doigt ne rencontre aucun tractus fibreux indiquant l'oblitération ou la direction des canaux de Muller. Peu à peu et prudemment mon index s'insinue jusqu'à une profondeur de 9 centimètres, décollant et refoulant les tissus sans aucune difficulté, élargissant la brèche créée. Arrivé à une distance de 9 cm. 5 du vestibule du vagin, je sens nettement sous la pulpe du doigt une tuméfaction un peu sphérique, dure, immobile sur un plan transversal, mais fuyant verticalement sous la pression. La main gauche, déprimant fortement la paroi abdominale dans la région sus-pubienne, rencontre le fond de l'utérus en légère antéposition, au moment où l'index de la main droite soulève la saillie dure qu'il rencontre. Il s'agit donc bien de l'utérus. Ne voulant point m'exposer à l'ouverture du péritoine dont les culs-de-sac peuvent se prolonger assez bas, j'arrête le décollement, et je me prépare à accomplir le 2e temps de l'intervention, l'autoplastie.

Je trace sur les régions génito-crurales et fessières, à partir de l'extrémité inférieure des grandes lèvres, où ils ont leurs pédicules, deux lambeaux cutanés exactement horizontaux et symétriques, de 12 centimètres de longueur, de 5 centimètres de largeur, comprenant la peau et une légère couche de tissu cellulaire, qui est soigneusement abrasé. Ces lambeaux horizontaux étant détachés, sont repliés et légèrement tordus sur leurs pédicules et mis en rapport par leurs bords inférieurs à l'aide de points séparés au catgut fort. Les bords supérieurs sont suturés l'un à l'autre de la même manière sur une étendue de 3 à 4 centimètres à leur extrémité.

Une sorte de doigt de gant est alors constitué, face cruentée en dehors, mais ce doigt de gant, en raison de la torsion des pédicules, ne peut être complété par une suture à la partie supérieure et antérieure, où l'étoffe manque. Je comblerai tout à l'heure cette perte de substance par un 3e lambeau muqueux. Pour introduire le doigt de gant ainsi obtenu dans la brèche vaginale, je passe dans les tissus profonds, limitant le fond du néo-vagin, un fort fil de catgut bien fixé, dont les deux chefs sont conduits ensuite de dehors en

dedans à travers les extrémités juxtaposées des deux lambeaux cutanés. En tirant sur le fil, le doigt de gant s'invagine dans le néo-vagin, et ses faces cruentées se mettent en contact avec celles de la brèche créée. Quelques points séparés au catgut, placés sur la nouvelle fourchette et latéralement, assurent la coaptation, qu'un tamponnement léger maintiendra encore davantage.

Pour combler la perte de substance triangulaire qui existe en avant entre les lambeaux cutanés, au-dessous de l'urèthre, je façonne un 3e lambeau aux dépens de la muqueuse qui revêt les parties latérales gauches du vestibule vulvaire. Ce lambeau comprend la muqueuse de la petite lèvre gauche, de la face interne de la grande lèvre du même côté et jusqu'au voisinage du méat urinaire, du clitoris. Je constitue ainsi un lambeau de 4 centimètres environ de longueur sur 3 à 4 de largeur, dont le pédicule est tordu légèrement sur lui-même. Quelques points de suture assurent l'affrontement des bords de ce lambeau muqueux avec ceux des lambeaux déjà invaginés. De cette manière, tout le néo-vagin se trouve revêtu par l'autoplastie et l'angle supérieur de la nouvelle vulve est constitué par un revêtement muqueux.

Pour terminer l'opération, la cavité vaginale est bourrée légèrement de languettes de gaze aseptique et les plaies périnéo-fessières sont suturées aisément par des points séparés au crin de Florence. La plaie résultant de la confection du lambeau muqueux est également réunie par des points séparés.

Les suites de cette intervention furent des plus simples. Le pansement vaginal, renouvelé quotidiennement, ne fut souillé par un peu de suppuration que vers le 5e jour. Je me rendis compte que ce pus provenait de l'union du lambeau muqueux avec les lambeaux cutanés, et qu'il s'était produit à ce niveau une légère désunion, qui se combla rapidement par bourgeonnement. Les extrémités profondes des lambeaux cutanés subirent aussi un léger sphacèle, ce qui entretint un léger écoulement purulent pendant deux semaines environ, mais sans amener un raccourcissement du néo-vagin.

La malade quitta la maison de santé le 20 janvier, au moment où la cicatrisation fut complète et parfaite dans toute l'étendue de la cavité vaginale. Avant le départ, j'introduisis facilement les grosses bougies de Hégar et cela sans aucune douleur. La profondeur du vagin était de 8 cm. 5.

Depuis le 20 janvier 1901, mon opérée eut soin de me donner régulièrement de ses nouvelles. Elle se déclare satisfaite, surtout parce qu'il lui est maintenant possible d'accomplir ses devoirs conjugaux. En janvier 1902, la profondeur du vagin était encore de plus de 7 centimètres. En octobre 1904, Mme D... me dit que cette profondeur n'excède guère plus de 5 centimètres. Il existe à l'orifice vulvaire une tendance au rétrécissement, ce qui rend l'intromission du pénis un peu difficultueuse, mais il faut avouer que la malade ne s'est jamais soumise depuis l'opération à aucun examen, ni à aucune dilatation.

Mme D... éprouve durant les rapports une satisfaction notable, qui les lui fait rechercher, mais elle convient que, si ces rapports étaient répétés plusieurs jours consécutifs, elle ressentirait à l'ouverture antérieure une certaine irrita-

tion, qu'elle attribue au défaut de souplesse et de laxité des tissus à ce niveau. Elle n'a jamais remarqué d'écoulement, ni de sécrétions vaginales.

Depuis l'opération le molimen menstruel s'opère tous les mois régulièrement avec une intensité croissante. Mme D. s'exprime ainsi dans sa dernière lettre : « J'éprouve souvent des congestions au moment des règles, une sorte de douleur dans le bas-ventre et dans les reins, une congestion du côté des reins. Les douleurs de reins sont quelquefois si aiguës qu'il m'est impossible de faire un mouvement et que je suis obligée de rester couchée. Cela m'est arrivé deux fois cette année. J'aurais attribué cela à une sorte de lumbago, si en même temps la congestion n'avait pas existé au bas-ventre. J'éprouve parfois des douleurs vives derrière le vagin, comme si quelque chose voulait sortir. Ces douleurs existaient déjà avant l'opération, mais sont plus fortes depuis. La congestion des reins a augmenté depuis l'opération. »

La lecture de cette observation, que j'ai tenu à rapporter avec quelque détail, est assez instructive. Elle montre d'abord ce que peuvent devenir, après 4 ans, les néo-vagins institués par l'autoplastie, sans le concours d'aucune dilatation instrumentale ultérieure. On peut donc être rassuré sur le service fonctionnel qu'ils peuvent rendre et sur leur destinée ultérieure. Une chose nous frappe, c'est la tendance à la rétraction au niveau de l'orifice vulvaire et aussi l'oblitération de la portion profonde, inutilisée dans les rapports conjugaux. C'est là un fait facile à comprendre, et qu'il serait aisé d'éviter par quelques soins particuliers.

Il est bon d'insister sur les transformations qui s'opèrent au point de vue génital chez les opérées, et particulièrement sur les modifications du molimen menstruel. Dès que la douleur provoquée par les premiers rapports a disparu par l'accoutumance, les opérées éprouvent dans le coït des satisfactions jusqu'alors inconnues et deviennent aptes à la vie conjugale normale. En même temps que l'excitation se fait plus intense et plus agréable, le molimen menstruel s'accuse plus fortement de son côté, et si de ce côté il existe des avantages, il faut avouer qu'il peut y avoir aussi de graves inconvénients. Il est certain que le molimen menstruel, en se développant, entraîne une congestion et une excitation génitale plus grande, d'où le danger d'un épanchement sanguin dans l'utérus, les annexes ou le péritoine pelvien. Cette crainte est loin d'être chimérique, et je ne suis pas sans redouter quelque peu cette complication chez mon opérée. La lecture des observations montre que cet accident n'est pas exceptionnel, et de tout temps les chirurgiens ont cherché à l'éviter, même par des interventions sérieuses. Dans ce but, on a préconisé la castration et même l'hystérectomie abdominale, qui, en enlevant

des organes pratiquement inutiles, suppriment du même coup leur raison physiologique et les accidents qui en découlent. Cette thérapeutique, bonne à proposer chez une femme célibataire, qui n'a nul besoin de la création d'un vagin artificiel, me semble excessive et un peu brutale quand la femme est mariée et veut jouir de la vie conjugale. Je suis tenté d'approuver dans ces conditions la conduite de Gérard-Marchant et de pousser plus loin la restauration des fonctions et la cure de la malformation. Si le vagin créé est suffisant, pourquoi ne pas y aboucher l'utérus. Il serait peut-être téméraire de réaliser ce plan dans une seule séance, immédiatement après la création du vagin, car l'opération, si délicate dans son deuxième temps, pourrait ne pas être pratiquée avec toutes les précautions d'asepsie nécessaires. Bien que dans plusieurs observations l'opérateur, en creusant le néo-vagin, soit tombé directement sur le col utérin, sans intéresser le péritoine, et soit ainsi à peu de frais, et presque inconsciemment, parvenu à réaliser en un seul temps l'abouchement utéro-vaginal, on ne peut compter toujours sur une si avantageuse éventualité. En cherchant le col avec l'index qui décolle le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'on peut faire brèche dans l'un des culs-de-sac de la séreuse pelvienne et amener des complications fâcheuses. Il serait plus prudent de réserver pour une intervention ultérieure la greffe du col utérin dans l'extrémité du vagin bien constitué et cicatrisé, et cela par la voie abdominale.

J'ai insisté beaucoup auprès de mon opérée pour lui faire accepter cette nouvelle intervention, la mettant au courant des risques qu'elle continue à courir, par le fait de l'inclusion pelvienne de l'utérus. Mais Mme D. qui accepterait volontiers l'opération elle-même, pour être mise au même niveau physiologique que les autres femmes, craint la grossesse et la dystocie qui pourrait en résulter. Instruite par son expérience professionnelle, elle redoute plus les dangers d'un accouchement difficile que ceux de sa malformation actuelle. Nous devons accorder que sur ce point elle n'a peut-être pas tort. Malgré l'exemple des malades de Dolbeau et de Fletcher, qui, après la création de vagins artificiels, ont pu être fécondées et sont accouchées heureusement, sans aucun incident particulier, on ne peut affirmer qu'il en serait toujours de même. Il semble cependant possible que la grossesse, par son travail préparatoire, puisse avoir raison des résistances cicatricielles de ces vagins constitués par l'autoplastie et ramollir leurs parois au point de les rendre extensibles et passives. Nous devons espérer que, dans un avenir prochain, on

pourra, par l'appoint de faits nouveaux, trancher cette question d'un intérêt si évident.

En résumé, la conclusion qui me paraît découler de cette courte étude, c'est que l'absence totale du vagin est une malformation curable, qui ne peut être un obstacle absolu au mariage. La chirurgie, en créant l'abouchement utéro-vaginal, peut mettre à l'abri des complications de l'hématométrie ou de l'hémato-salpinx. Le meilleur procédé opératoire semble être l'incision suivie de décollement et d'autoplastie par trois lambeaux juxtaposés. Le procédé de Snéguireff (*Arch. de tocologie*, 1892, p. 568), qui crée un vagin au moyen d'une portion du rectum, est beaucoup plus complexe; ses avantages sont largement compensés par ses inconvénients.

LA TORSION DES KYSTES DU PAROVAIRE

Par le docteur **J. Vanverts**, chef de clinique à la Faculté de Lille, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, membre correspondant de la Société de Chirurgie.

La *torsion* est une complication assez fréquente, et aujourd'hui bien connue, des kystes ovariens qui, grâce à leur pédicule, possèdent une certaine mobilité. Cette mobilité manque, au contraire, aux kystes parovariens qui, inclus dans le ligament large, ne possèdent pas de pédicule. Du fait de cette disposition, la torsion de ces kystes est impossible.

Mais, si le kyste parovarien se développe vers le bord supérieur du ligament large et s'élève dans la cavité abdominale, comme on le voit dans quelques cas, il étire le ligament large et se constitue aux dépens de celui-ci un véritable pédicule. Il se trouve alors dans les conditions d'un kyste ovarien et, comme celui-ci, il peut se tordre.

C'est cette complication exceptionnelle des kystes du parovaire que nous nous proposons d'étudier.

Historique.

Le premier cas de torsion d'un kyste parovarien appartient à Lawson-Tait, qui le publia sans commentaires en 1879 dans le *Lancet*. Dans son *Traité des maladies de l'ovaire* (1886), au chapitre de la Torsion des kystes de l'ovaire, le même auteur rapporte de nouveau ce fait et un autre semblable, mais sans attirer l'attention sur eux.

Le 9 avril 1884, Cushier communique à la *New York pathological Society* une nouvelle observation, remarquable par l'abondance de l'hémorragie utérine. Dans la discussion qui suivit cette communication, Newman rappela qu'il avait présenté antérieurement un cas analogue.

Lediard en 1886, Reamy en 1891, Fauvell en 1893, Cortiguera en 1896 publient de nouveaux faits.

L'observation de Binaud et Chavannaz en 1896 et celle de Bégouin et

Fieux en 1897 sont l'origine de courtes discussions à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux.

Dans son excellente thèse sur la torsion des kystes de l'ovaire (1898), Baron rapporte deux observations de torsion de kyste parovarien, l'une due à Bouilly, l'autre à Chaput.

La même année, mon regretté maître Bouilly, dans un travail sur la torsion des kystes parovariens, présente quelques remarques sur cette complication et en rapproche une lésion analogue aux points de vue anatomo-pathologique et clinique, mais dans laquelle il n'y a pas de torsion du pédicule.

Citons enfin les cas de Faure (1902), de Championnière et Filhoulaud (1904), de Péraire (1904).

Étiologie.

Fréquence. — La torsion des kystes du parovaire est une complication exceptionnelle de ces tumeurs. Nous n'avons pu en réunir que seize cas, dont un personnel (1).

Cette rareté s'explique, comme nous le faisions remarquer au début de ce travail, par ce fait que les kystes parovariens inclus dans le ligament large sont sessiles ou, quand ils sont volumineux, présentent un pédicule si large que toute torsion est impossible. Exceptionnellement ce pédicule est étroit et long, et laisse au kyste une mobilité suffisante pour que celui-ci puisse se tordre (voir plus loin les dimensions du pédicule des kystes tordus).

Côté. — La torsion intéresse indifféremment les kystes du côté droit et ceux du côté gauche. Nous trouvons six kystes droits sur quatre kystes gauches.

Age. — Sur les 14 cas où l'âge des malades est indiqué, nous notons les renseignements suivants : 15 ans, 16 ans, 20 ans, 22 ans, 23 ans, 27 ans (2 fois), 28 ans (2 fois), 29 ans (2 fois), 36 ans, 43 ans, 52 ans. C'est donc pendant la période d'activité sexuelle que la torsion des kystes parovariens se produit surtout.

Grossesse. — Neuf malades avaient accouché ou avorté une ou plusieurs fois ; quatre étaient vierges ou nullipares. Dans aucune observation nous ne trouvons signalé comme existant ou faisant défaut le relâ-

(1) On peut rapprocher de ces faits celui de Cullingworth, que nous rapportons à la fin de ce travail et qui concerne un fibro-myome du ligament large tordu (obs. 17).

chement de la paroi abdominale consécutif à des grossesses répétées ou provenant d'une disposition naturelle, qui a été considéré par certains auteurs comme prédisposant à la torsion des tumeurs abdominales (1).

Deux fois la torsion du kyste se produisit au cours d'une grossesse (obs. 2 et 12). Il est possible que le changement dans la statique abdominale consécutif au développement de l'utérus joue, comme pour les autres néoplasmes abdominaux, un rôle dans la torsion des kystes du parovaire.

Chez la malade de l observation 10 la torsion se produisit après un avortement de six mois. Bégouin et Fieux estiment avec raison que cet accident fut dû à ce que le kyste n'était plus calé par l'utérus gravide.

Si l'on excepte les cas dans lesquels la grossesse ou l'accouchement ont pu avoir quelque influence sur la production de la torsion, on voit qu'en général la cause de celle-ci est restée inconnue. Dans l'observation 14 elle semble, au contraire, avoir été constituée par des efforts de défécation.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur cette question de la pathogénie de la torsion des kystes parovariens. Ces kystes, quand ils sont pédiculés, se trouvent dans les conditions des kystes de l'ovaire. Ils peuvent donc se tordre sous des influences semblables — et du reste mal connues — qu'il n'y a aucun intérêt à rappeler ici (2).

Anatomie pathologique.

Nous étudierons successivement les lésions du *pédicule*, du *kyste*, des *organes voisins*.

Pédicule. — Les dimensions du pédicule ne sont notées que dans quelques observations. Il était long dans l'observation 3 ; il mesurait 4 centimètres de largeur sur 10 centimètres de longueur dans l'observation 9, et 2 à 3 centimètres de longueur dans l'observation 14. Chez mon opérée (obs. 16) le pédicule, dont la largeur ne dépassait pas 6 centimètres, laissait une telle mobilité au kyste que j'eus quelque difficulté à

(1) Voy. J. Mauthan, *De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1897.

(2) Voir à ce sujet P. Baron, *Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1898, n° 506, p. 10 à 21. G. Steinheil, éd.

saisir celui-ci pour l'extraire du ventre, et que dans ces manœuvres j'augmentai d'un demi-tour sa rotation.

Le nombre des tours décrits par le pédicule est variable. Nous relevons sur ce sujet les renseignements suivants : un quart de tour, un demi-tour, 1 tour (2 obs.), 1 tour et demi (2 obs.), 3 tours, 5 tours, 2 fois, 3 ou 4 fois (2 obs.), 4 fois et demie. On voit que la torsion peut être très légère (un quart de tour) ou très accusée (5 tours).

Le sens de la rotation n'est indiqué que dans trois observations (obs. 1, 2 et 10) : c'était dans chacune d'elles de gauche à droite.

Le pédicule est constitué par les deux feuillets du ligament large et les vaisseaux qui se rendent aux parois du kyste. La trompe en fait souvent partie (obs. 2, 6, 9, 10, 12 et 16). D'après Boursier elle remplirait le rôle d'un coussinet et empêcherait dans certains cas l'étranglement des artères du pédicule.

Kyste. — Nous n'avons pas à rappeler ici les caractères des kystes parovariens. Nous nous bornerons à mentionner le volume variable des tumeurs tordues : gros poing (obs. 14), un litre et demi (obs. 15), œuf d'autruche (obs. 16), 10 litres (obs. 8).

Les lésions consécutives à la torsion doivent, au contraire, retenir notre attention.

Elles sont nulles ou insignifiantes dans certains cas. Chez notre malade (obs. 16) la paroi kystique était absolument normale, saine, bleuâtre, transparente, et le contenu était eau de roche. Il en était de même dans les observations 9, 12 et 13.

Dans d'autres cas les lésions existent et sont constituées soit par de la congestion simple, soit par des hémorragies ou même du sphacèle au niveau de la paroi kystique, qui présente parfois des perforations. Le contenu de la poche est teinté en rose, ou devient franchement rouge, et peut même être constitué par du sang presque pur et des caillots.

On trouve signalés dans les observations ces divers degrés de lésion. La paroi kystique présentait des suffusions sanguines, particulièrement à sa base, et le liquide était jaune paille, visqueux dans l'observation 2. La paroi était rouge violacée, et le liquide très clair présentait une teinte légèrement rouge sous une couche épaisse chez la malade de l'observation 10. La paroi était épaissie, très vasculaire, noirâtre et le liquide citrin légèrement teinté en rose dans l'observation 14. Le liquide était aqueux, mais très sanguinolent, avec une notable quantité de caillots, dans l'observation 5. La paroi était noire, gangrénée par places, absolument

putride, et le liquide était noir dans l'observation 1. La paroi présentait une petite rupture près du pédicule, et le contenu était du sang liquide et des caillots dans l'observation 6.

L'examen de ces divers faits montre que tous les intermédiaires existent entre les lésions nulles ou insignifiantes et les lésions graves caractérisées par le sphacèle et la perforation de la paroi kystique. Ces différences de degré sont dues évidemment à des différences dans l'intensité de la striction que subissent les vaisseaux au niveau du pédicule.

Le nombre des tours décrits par celui-ci a à ce point de vue une grande importance. Plus ce nombre est considérable, plus l'étranglement des éléments du pédicule est accusé et plus les lésions kystiques sont accentuées. Il n'y a pas cependant concordance constante entre le nombre des tours et le degré des lésions. Dans l'observation 12, où la rotation était d'un tour et demi, la paroi du kyste était saine et le liquide clair, tandis que dans l'observation 14, où la rotation était identique, la paroi était épaissie, très vasculaire, noirâtre et le liquide légèrement teinté en rose.

Se basant sur ces faits — qui sont cependant exceptionnels — certains auteurs ont parlé de résultats paradoxaux donnés par l'examen des observations. D'autres, se bornant à considérer une série de cas où les lésions étaient peu accusées, ont conclu à la bénignité de la torsion des kystes parovariens par comparaison avec celle des kystes ovariens.

Il y a quelque part de vérité dans cette dernière opinion, et il est exact de dire que les lésions consécutives à la torsion des kystes parovariens sont parfois peu accentuées ou même nulles ; mais il serait excessif de déclarer constamment bénignes des lésions qui, comme nous l'avons vu, sont souvent intenses.

Pour expliquer les faits en apparence paradoxaux que nous signalions plus haut, Binaud et Chavannaz ont incriminé la constitution du pédicule qui, chez leur opérée (obs. 9), était moins vasculaire que celui d'un kyste ovarien. Telle serait pour eux la raison de l'absence de lésions dans ce cas.

Cette hypothèse est défendable. J'estime toutefois que l'absence ou le peu d'importance des lésions dans certains cas doit, comme l'a soutenu mon maître Bouilly, « être rapportée à la *largeur* du pédicule, grâce à laquelle la circulation peut se faire facilement, malgré les accidents de torsion. Le sang peut encore être amené et effectuer son retour : d'où absence de sphacèle et d'hémorragie. » Il est logique de penser qu'à degré de rotation égal un pédicule étroit sera plus fortement étran-

glé qu'un pédicule large. Il ne nous est malheureusement pas possible d'apporter des faits à l'appui de cette opinion, les observations ne contenant ordinairement aucun renseignement sur les dimensions du pédicule. Mais nous nous appuyons pour la défendre sur la largeur notable que présente d'habitude le pédicule des kystes parovariens pédiculés.

C'est, croyons-nous, la raison de la différence de gravité qui existe entre certains kystes parovariens présentant le même degré de rotation.

Ovaire. — L'ovaire se trouve généralement au contact direct du kyste et suit celui-ci dans son mouvement de rotation (obs. 1, 2, 5, 6, 9, 10, 12, 14). Il subit des modifications analogues à celles de la paroi kystique et dues à la même cause. Il était dix fois aussi gros qu'un ovaire ordinaire dans l'observation 2.

Exceptionnellement l'ovaire ne participe pas à la torsion (obs. 13 et 16).

Trompe. — Dans toutes les observations où il est fait mention de la situation de la trompe, on note que celle-ci avait accompagné le kyste dans son mouvement de rotation et qu'elle faisait partie du pédicule (obs. 2, 6, 9, 10, 12 et 16). Elle était tantôt saine (obs. 16.), tantôt congestionnée et distendue (obs. 6 et 9).

Péritoine. — Le péritoine est normal quand la torsion n'a pas déterminé de lésions importantes du côté de la paroi kystique (obs. 2, 10, 11, 12, 16). Si, au contraire, celle-ci est congestionnée, hémorragique ou sphacélée, le péritoine est irrité ou enflammé par voisinage et des adhérences se développent entre le kyste et la séreuse pariétale (obs. 1, 5, 13, 15) ou l'intestin (obs. 15).

Dans l'observation 6 la cavité péritonéale renfermait un liquide sanguinolent, provenant du kyste dont la paroi présentait une petite déchirure.

Organes voisins. — Le kyste tordu — et de ce fait augmenté de volume et parfois déplacé — peut comprimer et dévier les organes abdominaux. Ceux-ci étaient refoulés dans l'observation 8. Le cæcum, le côlon et l'iléon étaient fortement comprimés dans l'observation 6, et il en était résulté une obstruction complète de ces portions de l'intestin qui étaient complètement décolorées.

Symptômes.

La torsion d'un kyste du parovaire se manifeste cliniquement par une *crise* de douleurs avec réaction péritonéale. Cette crise « d'étranglement » ne manque presque jamais.

Le début est généralement brusque. Sans cause connue ou à la suite d'un effort, la femme ressent tout à coup dans le bas-ventre, en général du côté correspondant au kyste, une douleur violente, parfois atroce, qui s'irradie dans le reste de l'abdomen et vers la hanche, parfois aussi vers la cuisse.

Immédiatement ou peu de temps après, apparaissent des nausées, des vomissements, d'abord alimentaires, puis muqueux et bilieux, qui se reproduisent d'une manière incessante. La constipation s'installe. Le ventre se ballonne. Le pouls s'accélère (110, 120). La température reste normale ou s'élève à 38° et 39°. Les traits sont tirés, le facies est anxieux (1).

Le ballonnement du ventre rend difficile l'examen de la région malade. On peut cependant percevoir dans la partie inférieure de l'abdomen, généralement dans l'une des fosses iliaques, une tuméfaction dure, douloureuse, mate, que l'on peut retrouver dans l'un des culs-de-sac vaginaux.

Telle est la forme clinique ordinaire de la torsion des kystes parovariens. Elle est plus ou moins grave suivant que l'étranglement du pédicule est plus ou moins accusé.

Quand celui-ci est peu accentué, le tableau symptomatique est moins dramatique. Ces formes légères ne sont pas rares, sans constituer cependant la règle, comme certains l'ont soutenu, en se basant sur l'étude d'un trop petit nombre de faits. C'est ainsi que dans les observations 9 et 13 la torsion ne se manifesta que par des crises douloureuses, et dans l'observation 8 par l'augmentation de volume du ventre et la suppression des règles. Elle ne détermina aucun trouble chez notre malade (obs. 16).

Les phénomènes aigus persistent quelques jours, puis diminuent progressivement. Les vomissements, le ballonnement du ventre disparaissent ; la température et le pouls redeviennent normaux. Quant à la douleur, elle s'atténue, mais ne cesse pas complètement. Le ventre reste sensible. Le moindre attouchement pratiqué au niveau du kyste réveille des douleurs.

---

(1) Ces accidents sont-ils, comme le soutenait Gubler, d'origine réflexe et reconnaissent-ils pour cause la compression des nerfs du pédicule (péritonisme), ou sont-ils dus à de la péritonite? C'est celle-ci qu'il faut évidemment incriminer dans la plupart des cas. Les adhérences périkystiques sont une preuve que le péritoine participe souvent aux lésions. Mais il est possible que le péritonisme doive être invoqué dans certains faits où avec des phénomènes cliniques nets (douleurs, vomissements) on trouve des lésions insignifiantes ou nulles (obs. 9 et 11).

Bien que les observations ne renferment aucun renseignement à cet égard, il est probable que, dans les cas où des adhérences périkystiques ont succédé à la torsion, le kyste se trouve immobilisé d'une façon plus ou moins complète.

L'augmentation de volume et de tension et le changement de position de la tumeur furent constatés par Reamy chez sa malade (obs. 6).

La rotation d'un kyste du parovaire n'a parfois aucune influence sur la circulation utérine. Les malades des observations 11, 13, 14 et 15 continuèrent à être réglées normalement. Le plus souvent des troubles circulatoires apparaissent du côté de l'utérus. L'écoulement menstruel disparaît (obs. 8, 9 et 12), ou au contraire des métrorragies, intermittentes ou continuelles, se produisent (obs. 3 et 4, où l'hémorragie fut le seul symptôme de torsion).

Marche. Terminaisons.

Nous avons vu que les phénomènes qui constituent la crise aiguë de torsion persistent quelques jours, puis s'atténuent, sans disparaître complètement.

Cet état subaigu dure un temps variable, mais qui n'est jamais bien long. Bientôt se produit une nouvelle crise, qui est à son tour suivie d'une autre, etc.

A quoi sont dues ces récidives ? Elles sont probablement de même nature que celles qui ont été signalées et étudiées à la suite de la torsion des kystes de l'ovaire. Deux hypothèses également plausibles ont été proposées pour expliquer celles-ci. Ou bien, la détorsion du kyste s'étant produite après la première crise, la récidive correspond à une nouvelle rotation. Ou bien, la torsion ayant persisté après la première crise et la disparition des phénomènes aigus ayant été due à une sorte d'accoutumance de la tumeur à une circulation amoindrie, chaque crise nouvelle correspond à une augmentation de la torsion.

Que la crise soit la première, la seconde ou la troisième, se termine-t-elle toujours par une période de répit ? L'examen des observations ne permet pas de trancher cette question, car dans toutes celles que nous rapportons le chirurgien intervint, sauf dans l'observation 3, où la mort fut peut-être due à l'abondance de l'hémorragie utérine, mais doit, en l'absence de renseignements précis, être considérée comme d'origine inconnue. Il est cependant permis de conclure, par analogie avec les

kystes ovariens, que dans les cas d'étranglement serré et prolongé la mort peut survenir par infection péritonéale.

Diagnostic.

Le kyste parovarien est ordinairement une tumeur sessile, accolée à l'un des bords de l'utérus. On peut, grâce à ces caractères assez nets, le distinguer en général des autres kystes abdominaux et en particulier des kystes ovariens.

S'il se pédiculise et devient mobile, il perd, au contraire, tout symptôme caractéristique et est presque fatalement confondu aveo un kyste de l'ovaire.

Quand la torsion survient, la même erreur est à peu près inévitable et n'a, du reste, guère d'importance, puisqu'un traitement identique s'applique aux deux lésions. C'est ainsi que dans deux cas seulement (obs. 1 et 13) le diagnostic exact fut posé ; dans tous les autres (obs. 2, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16) on crut à l'existence d'un kyste de l'ovaire.

Dans ces conditions il nous semble inutile d'étudier ici en détail le diagnostic de la torsion des kystes parovariens, cette étude ayant été souvent faite à propos de la torsion des kystes ovariens. Nous nous contenterons de résumer la question d'après la thèse de Baron (1).

Le diagnostic de la torsion doit être fait à deux époques différentes : *en dehors de la crise péritonéale* et *pendant la crise*.

A. En dehors de la crise. — Dans ces conditions l'existence du kyste est généralement facile à reconnaître ; mais celle de la torsion peut échapper, si les crises ont été légères ou si les douleurs actuelles sont attribuées à un autre accident du kyste : adhérences, compressions, etc.

B. Pendant la crise. — Le diagnostic est à faire :

1° Avec les *autres accidents du kyste* : hémorragies intrakystiques sans torsion (2), étranglement d'un kyste par une bride fibreuse, rupture du kyste. Ces lésions ne peuvent guère être distinguées de la torsion, mais réclament comme elle l'intervention urgente ;

2° Avec les *autres tumeurs abdominales* : salpingite kystique,

---

(1) Voir Baron, *Loco citato*, p. 40.

(2) Nous rapportons, à la fin de ce travail, trois observations (obs. 18, 19 et 20) où la cause de l'hémorragie intrakystique resta inconnue et où le tableau clinique fut celui de la torsion du pédicule.

fibrome (obs. 15), grossesse extra-utérine (obs. 3), hydronéphrose ;

3° Avec des *affections simulant la torsion* : colique hépatique (obs. 11), hernie étranglée, occlusion intestinale, appendicite (obs. 6 et 14), péritonite enkystée (obs. 8), hématocèle rétro-utérine (obs. 15).

La *coexistence d'une grossesse* rend le diagnostic plus difficile ; mais celui-ci est ordinairement possible (obs. 2 et 12).

Traitement.

L'ablation des kystes parovariens est, comme pour les kystes ovariens, la seule méthode de traitement aujourd'hui admise. Quand ces kystes sont tordus, l'indication opératoire est encore plus formelle, soit qu'on intervienne d'urgence, au cours de la crise aiguë, pour supprimer la cause de l'infection du péritoine, soit qu'on opère pendant une accalmie, pour faire cesser les troubles douloureux et éviter le retour des crises.

L'examen des faits montre nettement les avantages de ce mode de conduite. Dans le seul cas où l'on n'intervint pas, la mort survint (obs. 3). Dans les 13 cas où l'on extirpa le kyste, on obtint 12 guérisons complètes (obs. 1, 2, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16) ; il n'y eut qu'une seule mort, et encore cette mort fut-elle due à une infection utérine préexistante (obs. 10).

Nous ne nous étendrons pas sur la technique de l'opération. En raison de l'existence d'un pédicule, le kyste du parovaire est enlevé simplement, comme celui de l'ovaire, par section de ce pédicule après ligature. Il n'est pas besoin d'énucléer la tumeur — manœuvre souvent pénible, mais indispensable pour l'ablation des kystes inclus dans le ligament large — et de ce fait l'opération est notablement simplifiée. Celle-ci peut cependant se trouver compliquée par l'existence d'adhérences du kyste au péritoine (obs. 15), au rectum (obs. 13), à l'intestin (obs. 15), à l'utérus (obs. 13), mais elle a pu toujours être menée à bonne fin.

La coexistence d'une grossesse n'est pas une contre-indication à l'intervention. Si l'on temporise, l'avortement ou l'accouchement prématuré est à peu près fatal, comme après la torsion des kystes ovariens. Dans les deux cas où l'on intervint, la grossesse continua et se termina normalement (obs. 2 et 12).

Conclusions.

L'étude de la torsion des kystes parovariens montre que cette lésion est absolument comparable à la torsion des kystes ovariens. Sans doute, elle est moins fréquente, — ce qui tient à ce que le kyste parovarien est généralement inclus dans le ligament large —; mais, quand ce kyste s'est pédiculisé, il se trouve dans les conditions des kystes de l'ovaire et, comme eux, il peut se tordre.

En raison de la largeur plus considérable du pédicule des kystes du parovaire, l'étranglement de ce pédicule est parfois moins intense que dans la rotation des kystes de l'ovaire. Lésions anatomiques et phénomènes cliniques sont de ce fait peu accusés dans certains cas, ce qui a fait conclure à tort à la bénignité constante des accidents.

OBSERVATIONS

1° Observations de torsion de kystes du ligament large.

Obs. I. — Lawson Tait, *Lancet*, 1879, t. I, p. 915.

Mme E..., âgée de 43 ans, me fut adressée en mars 1879 par M. le docteur Fausset de Tanworth. Elle était accouchée pour la dernière fois quatre ans auparavant et elle était bien réglée. Je reconnus l'existence d'une petite tumeur qui, d'après mon diagnostic, devait être monokystique et probablement parovarienne. Je conseillai à la malade de ne se soumettre à aucune opération jusqu'à ce que la tumeur fût plus considérable.

Elle revint le 9 juin. Sa tumeur avait considérablement augmenté et elle souffrait de douleurs abdominales intenses. Sa figure avait une expression anxieuse toute particulière, et sa température montait à 39° le soir. Je lui recommandai en conséquence l'enlèvement immédiat de la tumeur.

A l'ouverture du ventre, je trouvai un kyste de couleur noir de perle, adhérent de toutes parts par une lymphe récente. Son contenu était absolument noir et ses parois étaient noires, gangreneuses et par places absolument putrides. Le pédicule était tordu trois ou quatre fois; au niveau du point où l'étranglement était à son maximum, il n'avait que l'épaisseur d'un crayon d'artiste. Je le liai immédiatement au-dessous de ce point.

Après l'opération, la malade ne ressentit aucune douleur. Jamais la température ne monta au-dessus de 37°. Guérison parfaite.

L'ovaire droit était compris dans la gangrène; mais il ne faisait pas corps avec la tumeur. La rotation s'était faite de dedans en dehors, vers la droite.

Obs. II. — Lawson Tait, *Traité des maladies des ovaires*, trad. par A. Olivier, Paris, 1886, p. 386.

Femme de 36 ans, ayant eu plusieurs enfants, dont le dernier quatre ans auparavant. Elle n'avait pas été réglée depuis 17 semaines; mais elle avait remarqué une augmentation de volume si rapide du reste qu'il était impossible de l'expliquer par une grossesse ordinaire.

Je la vis pour la première fois le 10 novembre. Bien que le diagnostic fût difficile parce que la malade était très grasse, je découvris rapidement une grossesse et une tumeur de l'ovaire.

Elle revint le 23 novembre, se plaignant d'une douleur abdominale intense, qui était apparue subitement deux jours auparavant et avait été suivie de vomissements incessants. Elle semblait très malade et vomit une matière verdâtre pendant qu'elle était dans la salle de consultation. Je l'envoyai à l'hôpital et je demandai une consultation à mon collègue, le docteur Sauvage. Celui-ci fut d'accord avec moi pour déclarer que c'était un cas de grossesse avec un kyste étranglé.

Laparotomie. — L'utérus est gravide (4 mois environ). La tumeur est un kyste parovarien du côté droit, présentant un éclat noir de perle. L'ovaire est au moins dix fois aussi gros qu'un ovaire ordinaire (10 centimètres de long sur 5 centimètres de large); son augmentation de volume est entièrement due à l'extravasation du sang dans les tissus. La trompe, allongée sur le tiers environ de la circonférence de la tumeur, se porte en bas, vers son pédicule qui est tordu et dont elle forme une partie. Dans la paroi de la tumeur, et particulièrement à sa base, il y a des effusions sanguines. Le contenu du kyste est de couleur de paille, mais visqueux. La tumeur a fait trois révolutions complètes de dedans en dehors et du côté droit. Il n'y a pas d'adhérence et l'opération ne présente pas de difficultés.

La malade guérit rapidement. Elle quitte l'hôpital le 21 décembre. La grossesse se termina d'une façon satisfaisante.

Obs. III. — Elizabeth M. Cushier, *New York pathol. Society*, 9 avril 1884; in *Philadelphia med. Times*, 1883-1884, t. XIV, p. 588.

Le docteur Cushier présente les pièces de l'autopsie d'une jeune fille de 16 ans.

Cette jeune fille avait été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans. Au début l'écoulement menstruel fut abondant. Il devint bientôt irrégulier et resta tel pendant 2 ans. Il y a 6 mois, les règles furent supprimées pendant 9 semaines. Elles réapparurent ensuite avec abondance; puis l'écoulement diminua un peu. A la fin de février 1884, les hémorragies se reproduisirent et continuèrent jusqu'à la mort. Un médecin, appelé vers le 20 mars, tamponna le vagin. En dehors d'une attaque convulsive tonique, avec insensibilité, qui se produisit un jour, il n'y eut d'autres symptômes que celui de l'hémorragie.

Cette jeune fille était de tempérament nerveux et avait été atteinte de chorée dans son enfance.

Elle entre à l'infirmerie le 26 mars 1884. Le vagin renferme des caillots sanguins ; le col utérin est dilaté ; l'abdomen renferme une tumeur médiane qui monte jusqu'à mi-chemin de l'ombilic. La température et le pouls sont normaux. On administre de l'ergot, qui ne donne qu'un arrêt momentané de l'hémorragie.

Le soir du 26 mars on note une légère élévation de la température (100°,50 F.) et du pouls (110).

Le docteur Cushier voit la malade le 27. L'hémorragie est profuse, le vagin est rempli de caillots, le facies est pâle, le pouls est très faible. Le doigt introduit dans le col de l'utérus peut atteindre l'orifice interne. La tumeur abdominale donne l'impression d'un utérus gravide de 4 mois et demi. Les mouvements imprimés à la tumeur sont communiqués au col utérin. La tumeur a une consistance molle et ne ressemble pas tout à fait à un utérus gravide, mais il ne semble pas qu'on puisse faire un autre diagnostic. La malade dit pouvoir être enceinte.

On place une petite tige de laminaire.

Dans l'après-midi du lendemain on enlève le tamponnement vaginal. L'utérus est contracté et on ne peut y introduire qu'une sonde. La cavité utérine mesure trois pouces, comme précédemment, ce qui avait fait alors conclure à l'existence d'un obstacle à la pénétration de la sonde.

On pense à la possibilité d'une grossesse extra-utérine ; mais rien ne permet d'affirmer ce diagnostic.

La malade vomit d'une façon continuelle ; elle a de la diarrhée ; la température atteint parfois 39°,4 ; le pouls est faible et quelquefois irrégulier.

La mort survient le 1er avril, en pleine connaissance.

Autopsie. — La tumeur abdominale est un kyste du ligament large, possédant un long pédicule tordu de telle façon que la tumeur est fixée contre le fond de l'utérus et occupe la ligne médiane. Le pédicule était probablement tordu deux fois sur lui-même. L'utérus est gros ; mais il n'y a pas de grossesse. Les autres organes abdominaux sont sains, mais très pâles. Il existe de l'œdème pulmonaire et un léger degré d'insuffisance mitrale qui avait donné naissance à un souffle durant la vie.

Le docteur Cushier insiste sur les difficultés du diagnostic dans ce cas. La cause de l'hémorragie semble avoir résidé dans la torsion du kyste et était constituée par des troubles circulatoires. La cause de la mort est restée inconnue.

Obs. IV. — R. Newman, *New York path. Soc.*, 9 avril 1884 ; in *Philadelphia med. Times*, 1883-1884, t. XIV, p. 589.

A propos de la communication faite par le docteur Cushier, Newman dit avoir présenté à la Société quelque temps auparavant un cas de kyste du ligament large présentant une grande ressemblance avec celui de Cushier. La même obscurité régna sur la cause de l'hémorragie utérine.

Obs. V. — H.-A. Lediard, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1886, t. XXXVII, p. 353.

Femme de 23 ans. Kyste du parovaire tordu. Le kyste était fortement adhérent sur toute sa surface. Il renfermait une notable quantité de caillots sanguins anciens. Au niveau de sa base existaient des veines dilatées et remplies de sang coagulé ; l'une d'elles avait le volume du sinus latéral. L'ovaire, situé dans la région de la base du kyste, était augmenté de volume, mais sain. Le contenu du kyste était aqueux, comme celui des kystes du parovaire, mais très sanguinolent.

Le kyste fut enlevé et la guérison survint normalement.

Obs. VI. — Thaddeus A. Reamy, *Mitchell med. Soc.*, juillet 1891 ; in *The med. News*, 1891, t. LIX, p. 299.

Dans la matinée du 15 décembre 1890 le docteur A.-B. Isham fut appelé auprès d'une jeune dame de 20 ans, de bonne santé antérieure, réglée normalement, qui lui narra l'histoire suivante : Le 10 décembre, dans l'après-midi, pendant qu'elle s'habillait, elle ressentit dans le ventre, entre l'ombilic et le pubis, une violente douleur qui dura quelques minutes. Un certain état de malaise succéda à celle-ci. Pendant la nuit la malade fut prise de vomissements et d'une forte douleur abdominale. Elle eut quelques selles diarrhéiques peu abondantes.

Les douleurs persistèrent les 11, 12 et 13 décembre et diminuèrent le 14. Ce jour-là, la malade put se lever et s'habiller.

Le 15, au moment où le docteur Isham la visita, elle était étendue sur le dos, les genoux relevés, et accusait une très violente sensibilité du ventre, à maximum dans la fosse iliaque droite. On trouvait dans cette région une masse volumineuse, de consistance dure, s'étendant jusque dans la portion gauche de l'abdomen. Il existait un peu de ballonnement du ventre. La température était à 38°,1, le pouls à 110.

Le docteur Isham fit le diagnostic d'appendicite avec stase fécale dans le cæcum et ordonna l'ingestion d'huile d'olive.

A sa visite du soir, l'huile n'ayant pas produit d'effet, il administra plusieurs lavements chauds qui furent rendus à peine colorés. Il fit alors ingérer plusieurs doses de sel d'Epsom, qui furent vomies.

16 *décembre*. — Pouls 120, température 38°,3. Les douleurs abdominales et le tympanisme augmentent. La constipation persiste malgré l'administration de plusieurs lavements. Le docteur Isham conclut à la nécessité d'une intervention et appelle le docteur Reamy qui partage son avis. L'opération ne pouvant être pratiquée immédiatement, on fait à la malade une injection de morphine qui amène le calme jusqu'au moment de l'opération.

Laparotomie (17 décembre). — Éthérisation. Incision médiane. La cavité péritonéale renferme un peu de liquide sanguinolent. On trouve un kyste du

ligament large gauche, possédant un pédicule dont le point d'attache est près de l'utérus. Ce pédicule est tordu sur lui-même et présente de ce fait un raccourcissement qui empêche d'attirer le kyste hors du ventre.

On ouvre le kyste et on extrait du sang liquide et des caillots. En un point, près du pédicule, existe une petite rupture de la paroi kystique, par laquelle du sang a pénétré dans la cavité péritonéale. Le kyste vidé, on le détord de façon à donner à son pédicule une longueur suffisante pour qu'on puisse l'enserrer dans une ligature avant de le sectionner. La trompe et l'ovaire gauches sont enlevés. L'ovaire semblait sain, mais la trompe était distendue.

Le kyste, sous l'influence de la tension et de la torsion, avait déplacé et comprimé le cæcum, le côlon et l'iléon. Il en était résulté une obstruction complète de ces portions de l'intestin, qui étaient complètement décolorées.

Le péritoine fut lavé à l'eau chaude. On remit l'intestin en position normale et, sous l'influence d'un lavement administré à ce moment, on constata la progression des matières dans le côlon ; celles-ci furent ensuite expulsées.

L'obstruction intestinale supprimée, l'intestin reprit sa coloration normale.

Un tube de verre fut laissé 36 heures dans le ventre pour assurer le drainage.

Les suites opératoires furent très simples et la guérison complète.

Obs. VII. — R. Fauvell, *Quart. med. J.* Scheffield, 1893-94, p. 247.

Cas de torsion aiguë du pédicule d'un kyste du ligament large. Les symptômes furent ceux de la péritonite aiguë.

Obs. VIII. — J. Cortiquera, *Ann. de gyn., obst. et péd. de Madrid* ; *in Semaine gyn.*, Paris, 21 juillet 1896.

Jeune fille de 15 ans, née de parents bien portants, bien portante elle-même.

Elle vit, il y a un an, son ventre augmenter démesurément de volume, sans douleur, sans troubles d'aucune sorte, sauf cependant du côté de la menstruation qui, très irrégulière dès le début, avait complètement cessé deux mois avant l'examen.

La malade avait absolument l'aspect d'une femme au terme d'une grossesse : distension du ventre refoulant les organes sus et sous-diaphragmatiques ; seins durs et tendus, assez développés ; état moral spécial.

Le docteur Cortiquera se convainquit cependant qu'il n'y avait pas de grossesse : la malade d'ailleurs était vierge. L'abdomen distendu, ballonné uniformément, semblait occupé en totalité par une grande quantité de liquide avec sensation de flot dans les flancs. Pas de matité soit à la partie médiane, soit dans les flancs, du moins à un premier examen, ni de sonorité bien nette dans les mêmes régions. Pas de tumeur sensible ni au palper abdominal, ni au toucher (celui-ci rendu très difficile par l'étroitesse du vagin). En un mot, partout l'existence évidente de liquide, sans qu'il soit possible de délimiter aucune

tumeur solide. D'autre part, le niveau du liquide changeait fort peu dans les différentes positions prises par la malade.

Sur ces données, le docteur Cortiquera hésitait entre une ascite considérable, un énorme kyste ovarique à parois fort minces ou encore une péritonite enkystée. De cette dernière affection point de symptôme dans l'histoire de la malade, qui n'avait jamais eu aucune douleur, aucun trouble de l'état général, sauf du côté de ses organes génitaux. D'autre part, elle n'avait pas eu d'œdème en aucune région et tout éloignait l'idée d'une ascite considérable. L'ensemble des symptômes militait donc en faveur d'une tumeur ovarique, quoique l'attention fût fortement attirée par la minceur et la parfaite égalité de ses parois. La tumeur était-elle entourée de toutes parts d'une couche uniforme de liquide ascitique? La tension si forte du ventre, qui ne permettait pas de déprimer même quelques centimètres de sa surface, empêchait de s'en rendre bien compte. Cependant le docteur Cortiquera, en percutant avec le plus grand soin, remarqua que, bien qu'il n'y ait ni zone médiane franchement mate ni sonorité bien marquée sur les côtés, on observait dans cette dernière région un son tympanique et à la région ombilicale une sensation de flot plus nette. Il déduisit de cette observation l'existence bien probable, mais non certaine, d'un kyste à paroi très mince, uniloculaire, ayant pris naissance dans le parovaire.

Laparotomie, deux jours après l'examen. Il s'agit d'un kyste énorme (12 litres de liquide), occupant tout l'abdomen, dont le pédicule présente une torsion de deux demi-tours. Tous les organes abdominaux sont refoulés, bien que leur fonctionnement soit resté normal.

Le lendemain, apparition d'un flux menstruel. Suites simples. Cicatrisation par première intention.

Obs. IX. — W. Binaud et G. Chavannaz, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1896, p. 260.

Femme de 27 ans, entrée dans le service du professeur Demons le 27 décembre 1895.

Sauf deux grossesses normales, à 18 ans et à 22 ans, ses antécédents personnels n'offrent rien de particulier jusqu'à 24 ans.

Depuis 4 ans la malade éprouve dans le flanc gauche des accidents douloureux qu'elle qualifie de coliques. Au moment des crises, qui surviennent à intervalles irréguliers et qui tendent aujourd'hui à devenir plus fréquentes, le ventre se ballonne et il y a parfois des vomissements. Il faut ajouter qu'à maintes reprises la malade a constaté que ses urines contenaient des dépôts uratiques.

Apparue pour la première fois à 11 ans, la menstruation a toujours été régulière jusqu'à l'âge de 24 ans. Depuis cette époque les pertes cataméniales apparaissent à intervalles très irréguliers, et dans ces deux derniers mois il y a eu suspension totale des règles.

Le ventre a commencé à grossir il y a deux ans environ et s'est accru progressivement jusqu'à ce jour.

Au moment de l'entrée on constate tous les signes d'un kyste uniloculaire de l'ovaire avec légère mobilité de la tumeur.

Laparotomie (30 décembre 1895). — Évacuation partielle de la tumeur au moyen du trocart de Kœberlé ; il s'écoule un liquide ayant tous les caractères objectifs de celui des kystes du parovaire. La tumeur est amenée au dehors et l'on peut constater qu'elle est supportée par un pédicule large de 4 centimètres, long de 10 centimètres, se continuant inférieurement avec le bord supérieur du ligament large, sur lequel il s'implante à deux travers de doigt de la corne utérine. Ce pédicule est tordu sur lui-même et présente un tour et demi de spire. L'ovaire étiré est accolé au pédicule ; il a suivi le mouvement de torsion de ce dernier et il est considérablement violacé. Il en est de même de la trompe. Double ligature en chaîne et section du pédicule suivant le procédé habituel.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit bien d'un kyste du parovaire ; on trouve à sa surface les deux feuillets du ligament large.

Obs. X. — P. Bégouin et Fieux, *Soc. d'obst., de gyn. et de pédiatrie de Bordeaux*, 25 mai 1897, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1897, n° 23, p. 279.

Jeune fille de 28 à 29 ans, sourde, scrofuleuse, qui entra dans le service de M. le professeur Demons, présentant une tumeur abdominale. A l'examen on lui trouva une grossesse de six mois environ et un kyste de l'ovaire. Transférée à la clinique obstétricale, elle ne tarda pas à entrer en travail, s'accoucha au bout de quelques jours d'un enfant qui vécut trois jours.

Les suites de couches furent normales jusqu'au deuxième jour. A ce moment les lochies se supprimèrent, et le toucher vaginal montra un utérus gros, mou, dont la consistance était celle du mastic et fortement rétrofléchi.

M. Fieux le réduisit sous chloroforme ; mais, dès le lendemain matin, la rétroflexion s'était reproduite. Le ventre était néanmoins souple, le kyste lâche, peu tendu, la malade ne souffrait pas ; il y avait des vomissements et de la rétention des lochies.

On pratiqua la laparotomie treize jours après l'accouchement. On trouva une tumeur sans adhérences, de couleur rouge violacé, due à un épanchement de sang dans la paroi kystique. A la ponction il vint un liquide très clair, limpide, de l'apparence du liquide d'un kyste du parovaire. La teinte en était légèrement rouge sous une couche épaisse.

En enlevant cette poche unique, on trouva que c'était un kyste du ligament large, tordu quatre fois et demie de gauche à droite sur son pédicule, ayant entraîné l'ovaire. La trompe était en écharpe sur la paroi du kyste. L'utérus et l'autre ovaire paraissaient sains.

Dans les jours suivants, les lochies réapparurent. On put donner des injections intra-utérines.

La malade mourut néanmoins 50 heures après.

En présentant les pièces de cette malade, Bégouin et Fieux font remarquer que la poche n'était pas tendue. On constatait un épanchement de sang dans l'épaisseur de ses parois.

Obs. XI. — G. Bouilly, in P. Baron, Thèse Paris, 1898, n° 506, obs. VII, p. 59.

D..., Joséphine, 29 ans, sans profession. Entrée le 27 février 1894. Mère rhumatisante. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, bien régulièrement. Pas de pertes blanches. Dans son enfance elle a été un peu maladive.

Mariée à 20 ans. 1re grossesse 9 mois après ; accouchement à terme facile ; elle allaite jusqu'à 11 mois ; 2e grossesse 20 mois après (à 22 ans), accouchement à terme ; 3e grossesse 2 ans après, à 24 ans, accouchement assez laborieux. Elle allaite ses deux derniers enfants pendant 3 mois.

Depuis sa dernière grossesse la malade a toujours été très faible et très constipée. Cette constipation lui causait des douleurs dans le ventre. Pendant quelques jours avant ses règles, elle a un peu de leucorrhée. Le 5 février, elle est subitement prise au lit d'une douleur très violente sans raison (elle avait dansé un peu). Cette douleur, qui était très vive, siégait surtout dans la région lombaire et le flanc droit, s'irradiant dans la cuisse droite et un peu jusqu'à l'aiselle du même côté. Elle provoqua plusieurs vomissements. La durée fut de 10 à 12 jours avec quelques heures de rémission. Le médecin consulté porte le diagnostic de coliques hépatiques et fit des piqûres de morphine. La semaine suivante, la malade eut ses règles comme d'habitude.

Elle entra à Cochin le 21 février.

État actuel. — En palpant le ventre, on constate une tumeur médiane ne remontant pas jusqu'à l'ombilic, fluctuante.

Au toucher, utérus et tumeur semblent solidaires et dépendants. La tumeur kystique bombe en avant de l'utérus dans le cul-de-sac antérieur.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire à pédicule tordu et vraisemblablement du côté droit, à cause du début des douleurs.

Laparotomie (4 mars). — On tombe sur un kyste parovarien droit, intraligamenteux, ayant subi une torsion d'un quart de tour environ de gauche à droite.

Le kyste n'a pas d'adhérences, renferme un liquide citrin (environ un litre). Le pédicule se faisant bien, M. Bouilly, sans décortiquer le kyste, l'enlève avec le ligament large correspondant.

Suites opératoires bonnes, sauf un petit abcès de la paroi. Sort guérie.

Obs. XII. — H. Chaput, in P. Baron, Thèse Paris, 1898, n° 506, obs. XXII, p. 83.

Ernestine H..., 28 ans, entrée le 13 juin 1898 à l'hôpital Tenon, service du docteur Chaput.

Réglée à 14 ans régulièrement, sans douleurs. Mariée à 16 ans. Trois

enfants : le 1er il y a 11 ans, le 2e il y a 8 ans, le 3e il y a 2 ans. Couches et suites de couches normales. Pas de fausse couche.

Il y a 5 ans, la malade entre à l'hôpital Tenon parce qu'elle ressentait des douleurs dans le ventre du côté droit et qu'elle sentait une tuméfaction de ce côté. On lui conseille l'opération, qu'elle refuse. On lui fait alors une ponction sous le chloroforme en un point qu'elle ne peut préciser, et on lui dit qu'elle est atteinte d'un kyste hydatique. Elle reste 3 semaines et sort guérie.

Plus d'accidents jusqu'à ces derniers mois où elle ressent de nouveau des douleurs qui augmentent depuis un mois et deviennent intolérables depuis le 11 juin. Elle a des vomissements bilieux continuels ; mais elle croit être enceinte, ses dernières règles datant du 2 avril.

La malade a été examinée à son entrée. Elle souffre du ventre, qui est très sensible à la palpation ; elle a des vomissements, pas de fièvre (elle en aurait présenté les jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital). On hésite entre le diagnostic de kyste de l'ovaire à cause de la tumeur fluctuante, juxta-utérine (le fond de l'utérus gros et rétrofléchi empêche la tumeur de proéminer vers les culs-de-sac vaginaux) et le diagnostic de kyste hydatique. Le docteur Chaput, se basant sur l'histoire ancienne de kyste hydatique, pense plutôt à une tumeur de cette nature. La ponction exploratrice, qui retire un liquide clair comme de l'eau de roche, semble confirmer son diagnostic.

La tumeur, développée à droite, dépasse légèrement la ligne médiane à gauche ; elle dépasse l'ombilic de 2 ou 3 travers de doigt ; pas de matité hépatique.

Laparotomie (15 juin). — La ponction ramène 3 litres de liquide clair. Ablation de la poche non adhérente, ligature sur la trompe et l'ovaire tout à fait apoplectique. Le kyste était pédiculisé sur le ligament large, qui dut être détourné 3 ou 4 fois. Redressement de l'utérus.

Ablation des fils 8 jours après. Guérison.

La malade continue sa grossesse.

Obs. XIII. — J.-L. Faure, in J. Mouchotte, *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1902, t. LXXVII, p. 567.

P., J..., 27 ans, domestique.

Mère morte tuberculeuse. Père mort d'un cancer de la lèvre. Quatre frères et sœurs bien portants.

Convulsions à 18 mois. Réglée à 15 ans. Les règles ont toujours été régulières, non douloureuses, durant 3 jours.

A 17 ans, P. J., au 4e mois d'une grossesse, fait une fausse couche. Les suites furent physiologiques. Pas d'autre grossesse.

Trois mois après la fausse couche apparaissent des pertes blanches ; celles-ci ne se manifestent que 2 ou 3 jours avant les règles.

En octobre 1900, P. J. ressent des douleurs dans tout le bas-ventre. Les douleurs n'ont pas de prédominance dans un côté ; elles sont légères, n'empêchent pas le travail ; elles ne sont pas accompagnées de pertes ni blanches

ni rouges, pas plus que de constipation ni de vomissements ; elles durent 3 ou 4 jours chaque fois et se reproduisent tous les 15 jours, d'octobre 1900 à février 1901 ; leur apparition est sans rapport avec celle des règles.

En février 1901 P. J. a d'abondantes pertes jaunes épaisses ; la fin de la miction est cuisante ; les urines sont troubles ; il y a des douleurs fortes, lancinantes, sans irradiations dans les aines. P. J... se repose, prend des tisanes ; pas d'injection. En 15 jours les phénomènes douloureux disparaissent. Bientôt les pertes cessent.

Au début de mars 1901, 2 ou 3 jours avant les règles, P. J... en s'habillant constate qu'elle a une grosseur dans le côté droit du ventre. Cette grosseur, qu'elle évalue au volume d'un œuf de poule, ne détermine aucune douleur ; elle est seulement sensible à la pression ; elle siège à égale distance de l'arcade de Fallope et de l'ombilic.

Les règles qui suivirent cette constatation furent, pour la première fois, moins abondantes que d'ordinaire, plus pâles, roses et durèrent seulement un jour et une nuit.

En juin 1901, brusquement, en une nuit, le pied gauche enfle, devient sensible. P., J... doit quitter son travail et se reposer 3 mois. La douleur et le gonflement s'accusent par la marche. Au bout de trois mois elle peut reprendre ses occupations. Mais en janvier 1902 les deux pieds se tuméfient ; les malléoles sont douloureuses à leur partie interne. Pas de varices. Pas d'œdème des jambes. P., J... doit quitter de nouveau son travail et se reposer tout le mois de février.

Depuis le mois de juin 1901 la tumeur a augmenté progressivement de volume, lentement il est vrai. Elle devient plus sensible à la palpation 3 ou 4 jours avant la période menstruelle. A ce moment son volume s'accroît encore, pour diminuer un peu 8 jours avant la fin des règles.

Les pieds, désenflés en fin février, s'œdématient à nouveau en mars lorsque la femme reprend ses occupations. En avril, au moment des règles, la tuméfaction augmente cette fois beaucoup plus que de coutume. La malade se décide à consulter un médecin qui déclare une intervention nécessaire.

Elle entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Monod, remplacé par M. Faure, le 23 avril 1902.

A l'examen on constate que le ventre est asymétrique. A droite et au-dessous de l'ombilic la paroi présente une légère voussure. La palpation révèle à ce niveau une tumeur arrondie supérieurement, dont la partie inférieure ne peut être limitée, molle, fluctuante, sensible à la palpation, mate à la percussion. Le toucher montre que l'utérus est dévié à gauche et en avant, le col est appliqué contre la symphyse. Les culs-de-sac postérieur et droit sont occupés par une masse arrondie, fluctuante, souple, seulement sensible, en connexion étroite avec l'utérus, immobile. Cette masse, au toucher et au palper combinés, paraît être la continuation de la saillie abdominale. Du reste doigts vaginaux et main abdominale se renvoient le flot liquide. On porte le diagnostic de kyste du ligament large. Rétrécissement mitral.

Laparotomie (6 mai). — Position déclive. On arrive sur un kyste du ligament large. Ce kyste a une paroi mince, presque transparente, bleutée. Il s'est développé dans le ligament large du côté droit. Il a soulevé le feuillet antérieur du ligament large ; en se pédiculisant il a tordu son pédicule d'un tour, basculé par-dessus l'aileron tubo-utérin, en dedans de l'ovaire correspondant qui est scléreux, et s'est prolabé dans le cavum rétro-utérin où il s'est fixé par des adhérences à la face postérieure de l'utérus et au rectum. Le kyste ne peut d'abord être énucléé, il est ponctionné. Le liquide qui s'écoule est limpide, clair comme de l'eau. Le kyste vidé est libéré de ses adhérences, puis enlevé avec la trompe et l'ovaire. L'ovaire et la trompe du côté opposé sont sains.

Énucléation de deux petits fibromes utérins.

La malade sort complètement guérie 20 jours après l'opération.

Obs. XIV. — J.-L. Championnière et Filhoulaud, *Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, 20 mai 1904, 7e série, t. VI, p. 448.

La malade est âgée de 22 ans. Elle a toujours été bien réglée. Elle n'est pas mariée et n'a pas eu d'enfants.

Depuis l'âge de 15 ans, elle a des pertes blanches, qui ont diminué depuis trois ans qu'elle a quitté l'Algérie pour la France.

Il y a cinq ans elle a eu une crise de douleurs dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements. On a fait le diagnostic d'appendicite. Tout s'est amélioré en quelques jours par un traitement symptomatique.

Il y a dix-huit mois, elle est entrée à Lariboisière pour des accidents analogues : douleur brusque dans la fosse iliaque droite, irradiée à tout l'abdomen, facies péritonéal, vomissements. Pas de renseignement sur la température. On a encore fait le diagnostic d'appendicite. La malade a été traitée par le repos et la glace, et elle est sortie sans intervention, mais aussi sans indication sur une lésion quelconque du petit bassin et des annexes.

Ces jours derniers (11 mai), à la suite d'efforts de défécation, brusquement elle est prise d'une souffrance atroce dans le bas-ventre, à début et à maximum dans la fosse iliaque droite, mais irradiée à tout le ventre. La malade commence à vomir, et ses vomissements, d'abord alimentaires, deviennent ensuite vert foncé.

Transportée à l'hôpital, elle est soulagée par l'application de la vessie de glace au niveau de la région cæcale. Les traits sont tirés. La palpation réveille une douleur intolérable qui rend impossible l'exploration ainsi que le toucher. La température est à 38°.

En présence de ces phénomènes, pensant à une crise d'appendicite, on opère d'urgence la malade le 13 mai 1904. On arrive sur un appendice qui ne présente pas de lésions aiguës. Il est épaissi, surtout au niveau de la muqueuse qui est blanchâtre et résistante. On n'a pu en faire l'examen histologique. Pas d'adhérences ni de vascularisation anormale.

Au niveau des annexes droites on voit une tumeur noirâtre, du volume d'un

gros poing, implantée au niveau de la trompe par un pédicule mince et long de 2 à 3 centimètres, qui est tordu sur lui-même d'un tour et demi. En dehors et au-dessous une autre masse noirâtre, du volume d'une noix, qui est l'ovaire droit bosselé et infiltré de sang dans sa totalité. Les deux tumeurs sont enlevées. Dans la première on trouve un liquide citrin, légèrement teinté de rose. La poche épaisse, très vascularisée, noirâtre, forme un kyste uniloculaire.

Ces deux masses sont passées inaperçues au cours de l'examen de la malade à son entrée dans le service, à cause de la difficulté extrême de l'exploration occasionnée par la douleur et de l'intervention d'urgence qui n'a pas permis un deuxième examen.

Obs. XV. — M. Péraire, *Soc. de l'internat des hôp. de Paris*, 26 mai 1904.

Je vois avec le docteur Bensaude, le 1er novembre 1903, Mme de R... qui présente *des phénomènes douloureux* du côté de l'abdomen. Mme de R... est âgée de 29 ans. Antécédents héréditaires nuls. Comme antécédents personnels : rougeole, diphtérie dans l'enfance, fièvre intermittente, chloro-anémie.

Réglée à 14 ans facilement et sans douleurs. Règles toujours régulières jusqu'à 17 ans. Elles duraient de 3 à 4 jours et étaient très abondantes. Elles avaient une tendance à avancer de quelques jours chaque mois. A 17 ans, aménorrhée pendant 3 mois.

De 17 à 24 ans rien de spécial, si ce n'est quelques troubles nerveux.

Mariée à 24 ans. 4 mois après, avortement sans aucune complication. 1re grossesse 27 mois après. Accouchement à terme. Enfant bien portant. Règles pendant la grossesse. Troubles nerveux et vomissements fréquents depuis cette époque.

Le 19 novembre 1902, fausse couche de 3 mois, soignée à Saint-Sébastien par le docteur Vic. Les règles n'avaient pas cessé depuis cette période.

A la suite de cet incident, il se forma derrière l'utérus une tumeur que le docteur Vic prit pour une *hématocèle rétro-utérine* et qui, avec le repos et les injections très chaudes, sembla disparaître; amélioration en juin et juillet. Mais *les douleurs dans le bas-ventre et les élancements douloureux dans tout l'abdomen* se produisirent de nouveau, dès que la malade se mit à marcher.

Ces élancements furent plus fréquents et plus accentués à partir de la fin d'août. Mme de R... fut obligée de s'aliter. En septembre, développement d'une tumeur à gauche de l'abdomen. Celle-ci est nettement constatée par le docteur Vic. A l'examen, le 1er novembre 1903, nous constatons que l'abdomen est symétrique. Pas de vergetures. On sent entre l'ombilic et le pubis une tumeur d'une dureté excessive; cette tumeur, uniformément dure, sans fluctuation aucune, se prolonge plus à gauche qu'à droite. Elle est du volume d'une tête de fœtus.

Matité absolue sur toute sa surface. Sonorité dans les flancs et au-dessus de l'ombilic. Le col utérin est entr'ouvert, mollasse. L'utérus est très sensible au toucher. Il fait corps en avant avec la masse sentie à travers la paroi abdominale. Il est absolument immobilisé. Dans le cul-de-sac postérieur on sent

aussi une masse résistante; il en est de même dans les culs-de-sac latéraux.

Outre les *phénomènes douloureux si pénibles et si persistants*, Mme de R... accuse de *la dysurie et du ténesme rectal*. Elle en est réduite à ne plus pouvoir marcher, si ce n'est courbée en deux, et réclame l'intervention. Mme de R... est maigre; les téguments sont décolorés. Le poids, qui était autrefois de 60 kilogrammes, est actuellement de 50.

Notre diagnostic est hésitant entre un fibrome et un kyste ovarien. Le développement rapide de la tumeur nous fait incliner vers cette dernière idée. Comme il n'y a jamais eu de fièvre, et à cause du volume lui-même de la tumeur, nous écartons toute possibilité de salpingite ou de pelvi-péritonite. La tumeur est trop résistante et volumineuse pour qu'il s'agisse d'un hydrosalpinx.

Le 7 novembre, *laparotomie* avec l'aide du docteur Boureau. Le docteur Landais donne le chloroforme. La paroi abdominale saigne beaucoup. Le péritoine incisé, on tombe *sur une poche kystique*, tendue, rénitente. Par l'aspirateur Dieulafoy on retire un litre et demi de liquide citrin. La poche kystique se continue directement à droite avec le cæcum, le côlon ascendant et le côlon transverse ; il faut le décoller soigneusement sur une étendue de 15 centimètres environ, en évitant d'ouvrir l'intestin; cette manœuvre est assez délicate; une légère déchirure intestinale se fait; elle est immédiatement suturée par un surjet de fil de soie. La poche kystique vidée se continue par une *mince lamelle formant pédicule plusieurs fois tordu* (5 tours de spire) *avec une seconde poche rétro-utérine* de volume presque égal à la première. Ce kyste est de nouveau vidé, mais il est fortement adhérent à toute l'excavation pelvienne et à la vessie. Il faut donc le décoller, en prenant les mêmes précautions que précédemment. Pour faciliter cette manœuvre, ablation des annexes du côté gauche. Ces annexes nous paraissent normales ; le moignon qui en résulte est enfoui sous un surjet péritonéal. Les annexes droites étant saines sont respectées. Toilette du péritoine; drainage avec un drain de caoutchouc n° 20. Sutures à trois étages. Pansement stérilisé.

Les suites de l'opération sont normales. Le thermomètre ne monte pas au delà de 37°, si ce n'est le troisième jour. Ce jour-là la malade a ses règles et la température est de 37°,6.

Pansement le second jour. Ablation du drain. La malade urine seule et rend des gaz par l'anus.

Ablation des fils le huitième jour.

Le 8 décembre guérison parfaite. La malade a pu quitter la maison de santé le 19e jour et se promener dans un magasin le 26e jour après son opération.

J'ai revu Mme de R... avec le docteur Vic en mars 1904. Son ventre avait de nouveau grossi; elle croyait à une reproduction des kystes. Nous avons dû la rassurer. Il s'agissait d'une grossesse au 3e mois.

Obs. XVI (personnelle).

Mme P..., 52 ans.

De bonne santé antérieure, Mme P... a eu deux accouchements normaux. La ménopause est survenue il y a 6 ans.

Il y a quelques mois, son médecin, le docteur Cochet, reconnut, au cours d'un examen fait pour une autre affection, que le ventre était gros et qu'il renfermait une tumeur kystique ou fibromateuse.

Depuis cette époque le ventre a continué à augmenter très lentement de volume. La malade ne souffre pas, mais elle éprouve des difficultés et parfois quelques douleurs en urinant. Les digestions sont bonnes. Il n'y a pas d'amaigrissement.

Je suis appelé à voir cette malade le 26 mai 1904. L'abdomen renferme une tumeur située au-dessus du pubis exactement sur la ligne médiane, s'élevant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, plongeant dans le bassin, sphérique, absolument régulière et lisse, rénitente plutôt que fluctuante, ayant partout la même consistance, mobile transversalement. La matité est absolue à son niveau ; sonorité dans le reste du ventre. Au toucher on constate que le col utérin normal est refoulé en arrière. Dans le cul-de-sac antérieur on perçoit la tumeur. Les mouvements imprimés à la tumeur ne sont pas transmis à l'utérus.

La nature kystique de la tumeur ne me semble pas douteuse. Mais j'hésite sur le siège de celle-ci. Les caractères du kyste ne sont pas ceux d'un kyste ovarique ordinaire. La situation médiane semble devoir faire éliminer le kyste du ligament large. S'agirait-il d'un kyste dermoïde de l'ovaire ?

Opération (3 juin 1904). — Le chloroforme est administré par le docteur Cochet. Je suis aidé par les docteurs Breton et Paucot. L'opération est faite sur le plan incliné. Incision sous-ombilicale médiane. Je tombe sur un kyste extrêmement mobile, dont le pédicule mesure environ 6 centimètres de largeur et présente une rotation d'un demi-tour de spire. Malgré cette torsion la tumeur présente l'aspect des kystes du ligament large ; sa paroi est mince, transparente.

Le kyste est tellement mobile qu'il échappe à la main qui veut le saisir et que pendant les manœuvres d'extraction j'augmente d'un demi-tour la torsion du pédicule. Ce pédicule est formé par les deux lames accolées du ligament large gauche. Je le sectionne après détorsion et ligature entrecroisée au catgut. Le kyste enlevé, je constate que j'ai laissé l'ovaire et je ne l'enlève pas. L'ovaire droit est ratatiné, ridé.

L'abdomen est fermé par trois rangées de suture (deux profondes au catgut une superficielle au crin).

Examen de la pièce. — Le kyste est ellipsoïde et a le volume d'un œuf d'autruche. Sa paroi est mince, gris bleuâtre, transparente, absolument lisse, d'épaisseur partout égale. La trompe a été enlevée en partie avec la tumeur. Le liquide kystique est eau de roche.

Les suites opératoires furent extrêmement simples, sauf une rétention d'urine qui dura jusqu'au 7 juin. Réunion de la plaie par première intention.

2° Observation de torsion d'un fibro-myome du ligament large.

L'observation que nous relatons ci-dessous concerne un cas de *tor-*

sion d'un fibro-myome du ligament large. Il nous a semblé intéressant de la rapprocher des précédentes, avec lesquelles elle présente de nom breuses ressemblances.

Obs. XVII. — C.-J. Cullingworth, *Trans. of the obst. Soc. of London* 1895-1896, t. XXXVII, p. 222.

Femme de 51 ans. Ménopause il y a 3 ans.

Depuis 8 ans le ventre a augmenté de volume. Il y a 6 ans la malade s'est aperçue de l'existence d'une grosseur du volume d'une balle de crocket dans le côté droit de l'abdomen. De temps en temps apparurent quelques crises douloureuses, qui devinrent ensuite moins fréquentes.

Il y a 3 mois, une crise de douleurs survient subitement et retient la malade au lit pendant une semaine. Quinze jours après, nouvelle crise semblable à la précédente. Depuis cette époque la malade est restée presque continuellement alitée.

On trouve à l'examen du ventre une tumeur volumineuse, non fluctuante, molle, bien délimitée, s'étendant du pubis au rebord costal. L'utérus, de longueur normale, est situé en arrière et au-dessous d'elle et en est indépendant. On pense qu'il s'agit d'un néoplasme de l'ovaire.

Le ventre ouvert, on constate que la tumeur est rattachée par un pédicule court et étroit à la partie postérieure du ligament large droit, un peu en dedans de l'ovaire. Elle est indépendante de l'utérus, du ligament de l'ovaire, du ligament rond et de la trompe. Son pédicule a subi un tour et demi de torsion. Sa surface externe est enflammée et a contracté des adhérences récentes avec l'épiploon et l'intestin. Ablation de la tumeur et de l'ovaire droit.

Examen microscopique : fibro-myome.

Suites simples. Guérison.

3° Observations de lésions de kystes parovariens simulant cliniquement la torsion.

Obs. XVIII. — Ch. Nélaton, Cocqueletin. *Sur un cas de complication d'un kyste du ligament large.* Thèse, Paris, 1897.

Mme G..., 43 ans, entrée le 11 novembre 1898 à l'hôpital Cochin.

Aucune maladie antérieure. Règles à 15 ans, irrégulières la première année, ensuite très abondantes. Aucune grossesse. Depuis 16 ans la malade a toujours été souffrante, anémique, dit-elle. Elle avait des douleurs vagues dans tout l'abdomen, douleurs qui n'empêchaient pas le travail et la marche, mais s'exagéraient au moment de la période menstruelle. Au mois de juillet 1897, la malade fait une chute du premier étage, tombe sur le côté droit et se fracture l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Pendant huit mois, la malade reste souffrante : douleurs dans la région lombaire et le côté droit. Règles toujours assez

régulières, parfois avec un peu d'avance. Dernières règles le 2 novembre. Pertes blanches toujours assez abondantes.

Le 25 octobre, la malade est prise de malaises, de troubles digestifs, d'étourdissements — accidents qui se produisaient, du reste, depuis trois ou quatre ans. Ce même jour, le soir après le repas, la malade est prise de douleurs très violentes, aiguës, surtout dans le côté droit et la région lombaire. De plus, il se produit des vomissements très abondants et le ventre est ballonné.

Le lendemain la douleur et les vomissements continuent, et un médecin est appelé, qui diagnostique une tumeur.

Le surlendemain, la malade peut se lever et sortir en souffrant très peu. A ce moment elle s'aperçoit que son ventre a grossi. Quatre à cinq jours après, elle est reprise de douleurs très violentes dans le ventre et est obligée de se recoucher. Sa défécation était très douloureuse, les urines très abondantes. Plus les douleurs étaient violentes, plus la tumeur grossissait.

Le 1er novembre, la malade a ses règles, précédées de douleurs, pendant deux ou trois jours. Depuis cette époque les douleurs n'ont pas cessé ; la malade ne sort plus et reste presque toujours couchée, avec des cataplasmes et du laudanum sur le ventre. Pendant ce temps, au dire de la malade, la tumeur a grossi et surtout durci.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'état général est médiocre : la figure est pâle et fatiguée ; la malade est très souffrante et vomit presque constamment ; elle ne prend qu'en très faible quantité une alimentation liquide. La défécation et la miction sont un peu douloureuses. Le ventre est très sensible spontanément et à la pression, mais moins qu'il ne l'a été au début des accidents.

Par le palper on trouve une tumeur abdominale assez volumineuse, de consistance ferme, à contours réguliers, surtout à gauche. Cette tumeur remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dépassant la ligne médiane à gauche d'environ quatre travers de doigt, mais occupant surtout la fosse iliaque droite. Elle présente une fluctuation assez nette. Au toucher le col est porté en bas et en arrière, le cul-de-sac postérieur est presque inaccessible, le cul-de-sac antérieur est occupé par une masse de consistance assez molle dans laquelle on perçoit la fluctuation par le toucher et le palper combinés. Les légers mouvements imprimés à la tumeur sont transmis au col de l'utérus.

Le diagnostic est : kyste de l'ovaire tordu, avec indication d'opérer rapidement cette malade.

Laparotomie (15 novembre 1898). — L'ouverture de l'abdomen conduit sur une tumeur à paroi très vasculaire, violacée, non ecchymotique, sur laquelle ou aperçoit la trompe et l'ovaire sains. Il s'agit d'un kyste inclus dans le ligament large droit. La ponction avec aspiration donne issue à deux litres de liquide fluide, couleur brou de noix. Une petite partie s'écoule dans le ventre par le trou de la ponction et est soigneusement épongée.

Après incision du ligament large, on essaie de décortiquer la poche kys-

tique; mais sa paroi est friable, mince, couleur feuille morte, comme nécrobiosée, et se déchire à la moindre traction. Par la brèche ainsi faite, la main enfoncée profondément dans le kyste ramène des caillots fibrineux anciens, en quantité considérable. Il est facile de se rendre compte que la poche est très profonde et descend très bas au contact du cul-de-sac vaginal, jusque dans la base du ligament large.

Après diverses tentatives d'extraction du kyste par décortication, dans lesquelles on ne ramène que quelques lambeaux minces et friables, on se résout au parti de laisser dans la profondeur la portion du kyste qui ne peut être énucléée. Un gros drain en croix, du volume du pouce, est passé de l'abdomen dans le vagin ; un autre de même volume est mis debout dans le kyste et sort par la partie inférieure de la plaie abdominale. Les lèvres de l'incision faite sur le ligament large sont fixées au péritoine pariétal par une série de sutures au catgut, de manière à obtenir la marsupialisation de la poche et sa séquestration par rapport à la grande cavité péritonéale. C'est dans cette poche formée par les feuillets du ligament large, doublés en partie par la paroi kystique, que sont posés les drains abdominal et vaginal. Le reste de l'incision abdominale au-dessus du drain est fermé.

Les suites de cette opération furent très simples. A partir du troisième jour on fit par les tubes des lavages à l'eau bouillie, qui ramenèrent quelques détritus de caillots plus ou moins anciens et de quelques lambeaux nécrosés.

22 *novembre*. — Ablation des crins. La réunion est complète au niveau de toute la ligne d'incision, excepté au niveau du drain.

24 *novembre*. — Ablation du drain abdominal et, le 4 décembre, du drain vaginal. Actuellement (7 décembre) la malade peut être considérée comme guérie.

Depuis le jour de son opération, elle n'a plus éprouvé ni douleur abdominale ni vomissements.

Obs. XIX. — G. Bouilly, De la torsion des kystes parovariens et des lésions qui peuvent la simuler. *La Gynécologie*, Paris, 1898, t. III, obs. VII, p. 490.

Ch.., Irma, domestique, 25 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis.

La malade est vierge, vigoureuse et de bonne santé habituelle. La menstruation s'est établie à l'âge de 14 ans, régulièrement, sans accidents d'aucune sorte. Vers le mois d'octobre 1894, 18 mois environ avant son entrée à l'hôpital, elle est prise brusquement de douleurs intenses siégeant dans la fosse iliaque droite et le flanc droit, accompagnées de vomissements et de céphalalgie, avec de légères lipothymies. Au bout de trois heures, atténuation graduelle des signes présentés et en particulier de la douleur. Le lendemain, toute espèce d'accident ayant disparu, la malade reprend ses occupations et son train de vie habituel. A cette époque, le seul diagnostic porté fut celui de coliques hépatiques, et la tumeur abdominale constatée plus tard passe inaperçue et d'ailleurs n'est pas recherchée.

Environ six mois après cette première crise, à une date que la malade ne

peut préciser exactement, nouvelle crise douloureuse, tout à fait comparable à la première. Dans les douze mois suivants jusqu'au 20 mars 1896, nouvelles crises douloureuses à intervalles de plus en plus rapprochés, et dans lesquelles l'élément douleur acquiert de plus en plus d'intensité. Jusqu'alors l'existence d'une tumeur abdominale était toujours méconnue, et chaque crise douloureuse était attribuée à l'existence de coliques hépatiques. Le 20 mars 1896 se produisit la dernière crise qui amena l'entrée de la malade à l'hôpital Saint-Louis.

Cette crise extrêmement douloureuse débuta à 5 heures du matin, la malade étant encore au lit et dans un repos complet. Une injection de morphine est pratiquée, et une tumeur profonde est constatée à la partie la plus inférieure de l'abdomen.

Au moment de l'entrée, l'état général est tout à fait satisfaisant, il n'y a plus aucune douleur. Le palper abdominal permet de constater dans la fosse iliaque droite et profondément l'existence d'une tumeur de volume moyen s'enfonçant dans le pelvis, indolore à la pression, peu mobile, soulevant très légèrement la paroi abdominale (saillie visible seulement quand on regarde très attentivement l'abdomen de profil). Le toucher rectal montre que cette tumeur est légèrement mobile.

Le diagnostic porté est celui de kyste uniloculaire de l'ovaire, et les crises douloureuses sont attribuées à la torsion de son pédicule.

Laparotomie (15 avril). — On trouve un kyste uniloculaire contenant un liquide clair et transparent. Le kyste attiré au dehors est non pas un kyste ovarique, mais un kyste inclus dans le ligament large. La trompe est étalée à la surface. L'ovaire est libre d'adhérences, non kystique et parsemé de taches hémorragiques. Guérison rapide.

Examen de la pièce. — La pièce se compose de l'ovaire, de la trompe et du kyste enveloppé dans le ligament large. Ce qui frappe au premier abord, c'est l'existence sur la surface de l'ovaire de points hémorragiques multiples. Le kyste, du volume d'une tête de fœtus à terme, occupe tout l'intérieur du ligament large qu'il a refoulé en haut en le distendant. Sa paroi interne est légèrement tomenteuse. On ne constate aucune trace d'hémorragie intrakystique; pas de caillots.

A la face antérieure de la pièce existent quatre taches d'apparence ecchymotique, plus ou moins confluentes, de coloration violacée, légèrement ardoisée, et entourées d'une zone rouge vif, allant en se dégradant insensiblement et se confondant avec le ton rosé général.

L'ovaire, de volume normal, est pour ainsi dire truffé de points de coloration grenat, qui correspondent, comme on peut le voir sur la coupe, à de petites hémorragies occupant la partie corticale de l'ovaire et affleurant la surface pour former de petites taches. Leur partie centrale est de couleur rouge foncé, pourprée, entourée d'une zone rouge vif.

Obs. XX. — Auguste Polosson, in A. Finaz, *De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire*. Thèse, Lyon, 1898, n° 100, p. 27.

B..., Julie, 23 ans, célibataire. Pas d'accouchements, ni de fausses couches. Pertes blanches depuis un an. La malade est traitée depuis un mois pour une périmétrite.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 11 ans jusqu'au 29 décembre dernier. Les règles furent plus douloureuses que les précédentes, et la malade remarqua que l'écoulement avait lieu par gros caillots. Le 13 janvier, c'est-à-dire 15 jours après les dernières règles, nouvel écoulement sanguin qui dura quatre jours, ne provoquant pas de douleur.

Dans la nuit du 22 au 23 janvier, la malade, s'étant couchée sans éprouver le moindre malaise, est réveillée brusquement par de vives douleurs dans l'hypocondre gauche et ne tarde pas à s'apercevoir que son ventre présente une tuméfaction anormale du côté gauche et douloureuse à la pression. Le lendemain fièvre légère, inappétence. Depuis, pesanteur dans le petit bassin ; la malade urine plus souvent qu'à l'ordinaire ; pas de fièvre.

La malade entre à l'hôpital le 29 janvier. On sent par le toucher et le palper sur le côté gauche de l'utérus une tumeur liquide, bien enkystée, qui paraît de la grosseur d'une tête de fœtus et remonte un peu au-dessus de l'ombilic. La tumeur est lisse sur toute son étendue, régulière, indolente.

A cause du rapide développement de la tumeur, on ne peut penser qu'à une collection en partie sanguine.

Est-ce une grossesse tubaire avec hémorragie intratubaire, non rompue ? Est-ce un kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule et hémorragie intrakystique ? M. Pollosson fait le diagnostic de kyste de l'ovaire avec hémorragie, à cause du volume de la tumeur, trop grosse pour être une trompe, à cause aussi de l'aspect lisse et régulier. Quant au prolongement dans le bassin, il l'explique par la torsion et la fixation qui est un symptôme habituel des kystes à pédicule tordu.

Laparotomie (9 février). — On trouve une tumeur à aspect rougeâtre et comme musculaire. C'est le ligament large qui est ainsi distendu. On l'incise et on arrive sur un gros kyste, qu'on décolle facilement et qu'on extrait après ponction (liquide hématique noirâtre, ressemblant à du café et se coagulant après la sortie). On introduit dans la poche une mèche de gaze iodoformée, qu'on fait ressortir par le cul-de-sac postérieur du vagin, et au-dessus de ce drainage on referme la poche par un surjet à la soie. Avant de refermer, on examine les annexes droites. La trompe droite contient du liquide ; elle est de la grosseur du petit doigt, flexueuse ; on la laisse en place.

La malade, revue le 23 février, est complètement guérie. Plus de douleurs, plus de fièvre. Réunion par première intention.

BIBLIOGRAPHIE

BARON (P.), *La torsion des kystes de l'ovaire*. Thèse, Paris, 1898, n° 506. G. Steinheil, éd.

BÉGOUIN (P.) et FIEUX, Kyste de l'ovaire et grossesse. *Soc. d'obst., de gyn. et de pédiatrie de Bordeaux*, 25 mai 1897 ; in *Journal de méd. de Bordeaux*, 1897, t. XXVII, p. 279. — Discussion : BOURSIER, CHAVANNAZ.

BINAUD (W.) et CHAVANNAZ (G.), Torsion du pédicule d'un kyste du parovaire. *Soc. de gyn., d'obst. et de pédiatrie de Bordeaux*, 10 mars 1896 ; in *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1896, t. XVII, p. 260 et 261. — Discus. : BOURSIER.

BOUILLY (G.), De la torsion des kystes parovariens et des lésions qui peuvent la simuler. *La Gynécologie*, Paris, 1898, t. III, p. 481-493.

CASTANEDA y TRIANA (T.), *Des kystes des ligaments larges*. Thèse, Paris, 1882, n° 13.

CHAPUT (H.), voy. BARON.

CORTIQUERA (J.), Kyste parovarien ; torsion du pédicule. *Ann. de gyn., obst. et péd. de Madrid* ; in *Semaine gyn.*, Paris, 21 juillet et 1896.

CULLINGWORTH (CH.-J.), Pedunculated fibro-myoma of the broad ligament, with twisted pedicle. *Trans. of the obstetrical Society of London*, 1895-1896, t. XXXVII, p. 222.

CUSHIER (ELIZABETH M.), Cyst of the broad ligament twisted upon its pedicle, simulating enlargement of the uterus. *New-York path. Soc.*, 9 avril 1884 ; in *Philadelphia med. Times* 1883-1884, t. XIV, p. 588. — Discus. : GARRIGUES, R. NEWMAN, PUTNAM JACOBI.

FAURE (J.-L.), voy. MOUCHOTTE.

FAUVELL (R.). *Quart. med. J.*, Scheffleld, 1893-94, p. 247.

LEDIARD (H.-A.), Paraovarian cyst with twisted pedicle and intracystic hemorrhage. *Trans. of the path. Soc. of London*, 1886, t. XXXVII, p. 353.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.) et FILHOULAUD, Kyste parovarien à pédicule tordu. *Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, 20 mai 1904, 7e série, t. VI, p. 448.

MOUCHOTTE (J.), Kyste parovarique droit à pédicule tordu. *Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1902, t. LXXVII, p. 567. — Discus. : MORESTIN.

NEWMAN (R.), voy. CUSHIER.

PÉRAIRE (M.), De la torsion des kystes du ligament large. *Soc. de l'internat des hôp. de Paris*, 26 mai 1904.

RAIMONDI (R.), *Les kystes des ligamenis larges*. Thèse, Paris, 1897, n° 231.

REAMY (T.-A.), Intra-ligamentous cyst, with twisted pedicle, causing intestinal obstruction ; laparotomy ; recovery. *Mitchell med. Soc.*, juil. 1891 ; in *Med. News*, Philadelphia, 1891, t. LIX, p. 299.

TAIT (LAWSON), Case of successful removal of a parovarian cyst which had become gangrenous from rotation and strangulation of the pedicle. *Lancet*, 1879, t. I, p. 915.

TAIT (LAWSON), *Traité des maladies de l'ovaire*, trad. par A. OLIVIER, Paris, 1886, p. 384.

REVUE CLINIQUE

KYSTE DU LIGAMENT LARGE A PÉDICULE TORDU

Par **Henri Hartmann**.

Mme X..., 32 ans, a été réglée à 13 ans ; pendant les 6 premiers mois métrorrhagies, qui ont cédé à un traitement hydrothérapique. Les règles, qui pendant les deux premières années furent un peu irrégulières, devinrent régulières, mais restèrent douloureuses, à partir de l'âge de 15 ans.

Le 13 septembre 1899, accouchement à terme d'une fille, actuellement bien portante. Suites de couches normales. Depuis cette époque les règles sont régulières, et rien ne s'est passé de particulier jusqu'aux accidents actuels.

La malade a toujours joui d'une bonne santé et n'a pas souffert de maladies graves, à part une ostéo-myélite aiguë du fémur à l'âge de 11 ans. Depuis le mois d'août 1902, elle a souvent, dans les urines, de grandes quantités de sable rouge et se plaint de maux de reins.

En mai et en juin 1904, les règles redeviennent très abondantes, tout en restant indolentes. Elles viennent le 4 août comme à l'ordinaire. Le 20, la malade est réveillée au milieu de la nuit par des douleurs vésicales très violentes, qui se calment au bout de 2 heures, puis sont suivies de vives douleurs lombaires bilatérales. Celles-ci se calment à leur tour à droite, pour persister pendant 3 heures à gauche. Tout cesse alors complètement. Huit jours après, évacuation de sable urinaire abondante.

Le 16 septembre, nouvelle crise à 6 heures du matin ; la douleur qui occupe la partie inférieure droite du ventre est violente et s'irradie dans la région rénale droite. Une injection de morphine est pratiquée.

Au début de la crise, il y a émission d'une urine absolument trouble, puis aucune miction pendant les 17 heures que durent les douleurs.

Depuis cette dernière crise, il persiste des sensations douloureuses dans le côté droit du ventre et dans la région rénale correspondante.

Le 16 octobre, de nouveau crise douloureuse dans le côté droit du ventre et dans la région rénale droite. Il persiste une certaine difficulté pour uriner et une sensation de corps étranger dans le rectum.

Le 20 octobre 1904, nous examinons la malade avec notre confrère et ami le docteur Main.

L'inspection, au premier abord, ne révèle rien de particulier, mais lorsqu'on

met la malade couchée bien à plat, on voit se dessiner une voussure hypogastrique un peu plus marquée du côté gauche que du côté droit. A la percussion le ventre est partout sonore, mais au palper on trouve une tumeur arrondie, régulière, tendue, un peu rénitente, semblant même fluctuante ; cette tumeur est mobile et indolente, sauf au niveau de sa partie latérale droite où la pression détermine un peu de douleur.

Au toucher, on retrouve cette tumeur en avant de l'utérus, avec la même consistance, tendue, un peu dépressible, sauf au niveau de la partie la plus rapprochée de l'utérus où l'on a la sensation d'un cordon transversal. Le corps utérin est en rétroflexion, mobile, sans que les mouvements se transmettent à la tumeur. Au contraire, les mouvements imprimés à celle-ci se transmettent partiellement à l'utérus.

Dans ces conditions, nous écartons l'idée de coliques néphrétiques, à laquelle on avait tout d'abord songé en raison des symptômes vésicaux, du sable urinaire et de l'apparition des douleurs sous forme de crises lombo-abdominales, et nous portons le diagnostic de kyste à pédicule tordu.

La malade est transportée dans une maison de santé, 4, rue Oudinot.

Opération. — Le 23 octobre 1904, après chloroformisation pratiquée par le docteur Bourbon, nous faisons avec l'aide de notre collègue Cunéo et de notre interne da Silva une cœliotomie. L'ouverture sous-ombilicale du ventre nous fait voir une tumeur kystique arrondie, sans adhérences, revêtue d'un feuillet séreux, tumeur lisse, régulière, grisâtre. Nous la ponctionnons avec le trocart moyen de l'appareil Potain et en retirons 900 centimètres cubes de liquide clair comme de l'eau de roche.

Nous amenons alors la tumeur dans la plaie, ce qui nous permet de constater qu'elle est constituée par les annexes droites et que son pédicule est le siège d'une torsion peu serrée, d'un tour complet dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre ; nous détordons ce pédicule, plaçons une ligature sur les vaisseaux utéro-ovariens, une deuxième sur la terminaison de l'utérine, excisons le kyste avec la trompe et l'ovaire, puis suturons la brèche du ligament large en y appliquant un surjet au catgut qui enfouit les deux petites ligatures. La rétroflexion utérine se trouve redressée à la fin de l'opération. Les annexes gauches sont saines.

Fermeture de la paroi à 3 étages, 2 au catgut, crins cutanés.

Guérison sans le moindre incident.

Examen de la pièce. — Le kyste est développé dans l'épaisseur du méso-salpinx ; la trompe est étalée à la surface du kyste, son pavillon est libre et perméable. L'ovaire avec son aileron participe à la torsion. La face interne du kyste est lisse, régulière, grisâtre.

Des coupes ont été faites par M. Lecène sur l'ovaire et sur la paroi du kyste :

1° L'ovaire présente des lésions d'œdème et d'infiltration interstitielle embryonnaire, qui ont causé l'augmentation de volume notable de cet organe ; les vaisseaux sanguins sont dilatés, mais partout leur paroi propre est bien formée, et l'impression de sarcome que l'on pourrait avoir à un premier exa-

men des préparations est évidemment inexacte. Nulle part les cellules du tissu conjonctif ne présentent ded ivisions indirectes ni de noyaux bourgeonnants, et l'on reconnaît à la périphérie de l'organe plusieurs follicules de de Graaf absolument typiques.

2° La paroi de kyste est formée de tissu conjonctif dur, disposé en faisceaux parallèles et parcouru de nombreux vaisseaux sanguins dilatés, mais nulle part thrombosés; il n'existe pas dans cette paroi d'apoplexies interstitielles ; à la face interne du kyste on trouve un épithélium cylindrique à une seule assise de cellules non ciliées. On ne retrouve pas dans cette paroi les lésions que provoque la torsion complète des kystes ovariques ou parovariens ; il n'existe qu'un certain degré de congestion, sans ruptures vasculaires.

Examen du liquide.— Le liquide a été analysé par M. Gaillard, dans le laboratoire du professeurLannelongue.

Volume du liquide, 805 centimètres cubes. Limpide, transparent comme de l'eau de roche, mousse par l'agitation, ne donne aucun dépôt.

Réaction neutre au tournesol ; densité, 1.006 à 15° ; pas de glucose.

Albuminoïdes. — Exclusivement de la sérine, 0 gr. 70 p. 1.000, pas de globuline, ni de mucine, ni de caséine.

Extrait sec à 105°, 10 gr. 40 p. 1.000 ; cendres, 8 gr. 40 p. 1.000 ; chlore, acide phosphorique, chaux, magnésie peu abondants.

Dosage du chlore, évalué en chlorure de sodium, 7 gr. 40 p. 1.000.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 9 mai 1904.

M. Le Lorier. — **Aménorrhée primitive.** — Sous le nom d'aménorrhée primitive, nous entendons l'absence des règles chez les jeunes filles parvenues à l'âge habituel de la menstruation.

Il existe deux variétés d'aménorrhée primitive : l'une *symptomatique,* soit : 1° d'une affection générale ou locale altérant gravement la nutrition (tuberculose, syphilis, néphrite chronique, chlorose, diabète glycosurique, phosphatique ou azoturique ; soit, 2° d'une malformation ou d'un arrêt de développement plus ou moins considérable des organes génitaux ; l'autre *essentielle*, dans laquelle on ne trouve, ni du côté des organes génitaux, ni dans le reste de l'organisme, une modification appréciable par nos moyens actuels d'exploration clinique.

Les malades sont sujettes à des molimens menstruels consistant soit en hémorragies vicariantes (hématémèses, entérorrhagie, urétrorrhagie), c'est l'exception ; soit le plus souvent en douleurs d'intensité variable à siège pelvien et lombaire, en troubles nerveux quelquefois graves, hystériformes avec accès convulsifs. Ils ont pour caractère commun la périodicité, se reproduisent en moyenne tous les 28 jours et durent de 4 à 6 jours.

En dehors de ces périodes, l'état général des malades est presque toujours noté comme satisfaisant. Quant à leur habitus extérieur il est des plus variables.

Le plus souvent les organes génitaux externes sont absolument normaux ou d'un développement très peu au-dessous de la normale.

Les organes génitaux internes peuvent être absolument normaux ou pathologiques (absence complète du vagin ou vagin rudimentaire terminé en cul-de-sac à une distance variable de l'orifice vulvaire, anomalies utérines).

Il est inutile de traiter une aménorrhée primitive liée à un état rudimentaire de l'utérus.

Il faut au contraire traiter l'aménorrhée primitive essentielle : l'aménorrhée primitive résultant d'un trouble de la nutrition générale, l'aménorrhée primitive par légère hypotrophie utérine. Il y aurait lieu d'essayer dans ces deux derniers cas l'opothérapie ovarienne, en s'inspirant des derniers travaux de Frænkel sur le corps jaune. Il est intéressant de remarquer que le premier essai de greffe ovarienne hétéroplastique fut tenté par Morris pour une aménorrhée primitive et qu'il y eut guérison. Cependant l'observation est peu probante, en raison de l'âge de la malade âgée seulement de vingt ans.

Enfin dans l'aménorrhée primitive les molimens menstruels peuvent devenir douloureux et intenses au point de nécessiter la castration.

M. P. Rudaux. — **Rupture de l'utérus. — Mort avant toute intervention.**

Femme amenée sans renseignements et mourante à la Maternité de Boucicaut. Basiotripsie. Déchirure sous-péritonéale du bord droit de l'utérus. Bassin normal.

MM. Legueu, Lepage et Couvelaire. — **Phlegmon périnéphrétique gauche pendant la puerpéralité. Incision. Fistule persistante. Néphrectomie au cours d'une seconde grossesse.**

Femme de 27 ans, primipare.

Dernières règles du 16 au 18 janvier. Le 8 août, la femme vient à la consultation de la clinique Baudelocque : albumine dans les urines, œdème considérable des membres inférieurs et de la région sus-pubienne.

Grossesse gémellaire. La femme est mise au lit et soumise au régime lacté absolu.

Le 12 août, la femme se plaint de douleurs siégeant dans la région lombaire gauche ; elle dit ressentir ces douleurs depuis une dizaine de jours. En même temps elle raconte que, depuis plusieurs jours, elle a des accès fébriles et des frissons, qui sont suivis de sueurs abondantes. M. Couvelaire constate une légère voussure dans la région lombaire (entre les fausses côtes et la crête iliaque) et dans l'hypochondre gauche ; pas d'œdème ni de circulation collatérale ; douleur exquise dans la région désignée et les muscles sacro-lombaires. Les muscles sont contracturés. La palpation dénote une tuméfaction profonde sans fluctuation ; irradiations douloureuses trop faibles et trop diffuses pour pouvoir être précises. La malade a un frisson ; la température s'élève à 38°, pour redescendre à 37° le lendemain et au-dessous de 37° les jours suivants. Pensant à la possibilité d'une pyélo-néphrite, M. Couvelaire fait immédiatement faire l'analyse des urines légèrement purulentes. Cette analyse a donné les résultats suivants :

Volume	500 cmc. pour les 24 heures.			
Densité	1.020			
	par litre		en 24 heures.	
Éléments normaux :				
Urée	25 gr.		12 gr.	50
Chlorures (en NaCl)	8	042	4	021
Phosphates (en P^2O^5)	1	05	0	5025
Acide urique (composés xanthiques)	0	756	0	378
Éléments anormaux :				
Albumine	0 gr.	052	0 gr.	026
Glucose	néant.			

Examen microscopique du dépôt. — Le dépôt est abondant, de couleur rougeâtre. Il est partiellement soluble à chaud. Au microscope, il se montre essentiellement constitué par de l'urate acide de soude et un peu d'acide urique, quelques cristaux d'oxalate de chaux, nombreuses cellules épithéliales, *très nombreux leucocytes*, quelques cylindres hyalins.

Le 23 *août*, M. Lepage examine la femme : La région sous-lombaire gauche n'est plus douloureuse à la pression. La quantité d'albumine a un peu augmenté. Les jours suivants, la femme urine 1 litre par jour ; la quantité d'albumine est de 0 gr. 20 au maximum par litre. Le 29 août, la femme quitte la clinique, malgré toutes les objections qui lui sont faites.

Elle y revient dans la nuit du 4 septembre accoucher de ses deux jumeaux : garçon de 2 kgr. 260 et fille de 2 kgr. 500. Température, 37°,1 ; Pouls, 84.

5. — T. m., 36°,5 ; T. s., 37°,4.

6. — Les seins sont légèrement douloureux à la pression ; T. m., 36°,5 ; T. s., 38°,3 ; P. 100. Injection intra-utérine de 10 litres : le liquide ramène une grande quantité de caillots.

7. — T. m., 36°,7 ; P., 76 ; T. s., 37°,5 ; P., 96.

8. — T. m., 37°.

9. — T. m., 38°,4 ; T. s., 38°,6 ; P., 140. On ne fait pas de traitement utérin, pensant que la température est de cause rénale. Régime lacté.

10. — T. m., 36°,8 ; T. s., 37°,1.

11. — T. m., 36°,7 ; P., 80 ; T. s., 37°,4 ; P., 120.

Il existe au niveau de la région rénale, du côté gauche, une tuméfaction, du volume de deux poings, qui est fluctuante et qui bombe en avant sous les fausses côtes gauches. M. Lepage et M. Delestre diagnostiquent un abcès périnéphrétique.

12. — T. m., 36°,8; T. s, 39°,4; P., 120. La femme est envoyée à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Guyon, suppléé par le docteur Legueu.

Les deux enfants, élevés au sein par leur mère, pèsent à leur sortie de la clinique Baudelocque, le garçon 2 kgr. 220, la fille 2 kgr. 500.

C'est dans ces conditions que la malade se présenta à Necker le 13 septembre 1903: elle entra salle Laugier, n° 9. Voici l'observation recueillie par M. Legueu :

Elle était très émaciée et affaiblie, sa température était élevée : 39° ; dans le flanc gauche on voyait une tuméfaction énorme qui, en avant comme en arrière, faisait bomber et saillir l'hypochondre. Dans les urines, il n'y avait rien d'anormal, elles étaient parfaitement claires.

Je procédai ce jour à l'ouverture de cette énorme collection, qui était si tendue qu'elle paraissait en imminence de rupture.

Je fis sous le chloroforme une incision sur le bord externe du muscle carré lombaire, et je tombai de suite sur une collection purulente fétide, d'où plus d'un litre de pus s'écoula. Je ne sentis pas le rein et plaçai deux gros drains dans la poche.

La température ne tarda pas à tomber, l'état général se releva, la poche se rétrécit de plus en plus, et au bout de quelque temps la malade quittait l'hôpital et venait d'une façon intermittente se faire panser.

Cependant la plaie ne se fermait pas ; il y avait toujours une cavité suppurante ; je la suivais avec attention, et les semaines passaient sans lui apporter aucune modification.

En mars 1904, la fistule reste dans le même état ; il ne sort pas d'urine, mais le pus est toujours aussi abondant et crémeux. Une sonde cannelée disparait presque en totalité enfoncée dans la fistule. Il est donc certain qu'il y a une vaste poche, qui se vide mal et entretient la permanence de la fistule. Comme depuis plusieurs mois il n'y a aucun progrès, je décide de pratiquer une opération pour voir et faire ce qu'il faudrait. Je me suis assuré au préalable que le rein droit fonctionne convenablement.

Opération le 26 mars 1904. — Je libère la fistule, et agrandissant l'orifice, je tombe dans une poche de la grandeur de deux poings environ : elle est pleine de pus. Sa surface externe est régulière et polie, lisse : je n'y découvre aucun orifice, aucune anfractuosité. Mais cette poche est faite de parois si fermes, si épaisses, si indurées, que je trouve là seulement la raison de la persistance de cette fistule et que je me décide à les enlever, pensant bien que leur ablation seule peut conduire à la guérison.

L'extirpation de cette poche est très délicate et très laborieuse: le péritoine, le côlon sont tout proches. Je les libère avec soin ; je ne trouve nulle part trace de rein ; ce n'est que tout à fait à la partie interne de la poche, que dans la libération de cette paroi, je sectionne une partie du rein. Une hémorragie importante se déclare que, je ne puis arrêter librement : mais j'ai reconnu le rein, il adhère à la poche. Je le libère et l'enlève, non sans quelques difficultés.

L'opération a duré une heure : j'ai enlevé toute la poche, le rein correspondant, et je laisse dans la plaie une pince à demeure sur le pédicule rénal, une autre pince sur un vaisseau de l'extrémité supérieure, une mèche et un drain.

La malade se remonta assez bien au bout de quelques jours : les pinces furent enlevées au bout de 48 heures, les drains laissés en place plus longtemps. La quantité des urines fut toujours suffisante, de 500 à 700 grammes.

Vers le 8e ou 10e jour cependant, la malade eut des vomissements, que ne pouvaient expliquer ni l'état de sa plaie ni l'intégrité de son rein droit. Elle nous dit qu'elle avait un retard de règles de deux mois ; au toucher, nous constations une grossesse évidente en évolution. Depuis lors le diagnostic s'est confirmé, l'utérus s'est élevé, on le perçoit en arrière du pubis : la femme est enceinte d'un peu plus de 3 mois, elle a quitté l'hôpital ces jours-ci.

Le rein était sain en apparence, sans dilatation du bassinet, sans altération de l'uretère. Il n'y avait pas de fistule allant du rein à la poche : il y avait seulement adhérence intime. L'examen histologique, pratiqué par M. Couvelaire, a montré que le rein était normal et ne présentait en aucune de ses parties de trace d'inflammation.

Il y a dans cette observation trois points qui doivent retenir l'attention :

1° Au point de vue de la *pathogénie*, il s'agit d'un phlegmon périnéphrétique qui a été la conséquence d'une pyélonéphrite. L'infection rénale a été le premier stade de l'infection, et la contamination du tissu cellulaire périrénal ne s'est faite qu'assez longtemps après le moment où l'on avait constaté le trouble des urines. Ceci ne doit pas nous étonner : la périnéphrite est presque toujours la conséquence des infections rénales, mais il est à remarquer que les pyélonéphrites de la grossesse ne déterminent presque jamais l'infection périrénale, car l'un de nous, en rassemblant toutes les observations publiées, n'a pas trouvé un seul cas de phlegmon périnéphrétique au cours de la puerpéralité.

2° Au point de vue *chirurgical*, nous ferons remarquer que la persistance de la fistule ne fut pas déterminée ici par une participation du rein. Le rein était accolé à la poche, mais il n'avait aucune communication avec la poche. Nous n'avions en effet jamais constaté d'urine dans la suppuration de la fistule.

3° Enfin nous trouvons dans la néphrectomie pratiquée au cours de la grossesse un troisième point intéressant chez cette malade. Malgré que l'opération fut ici sérieuse et compliquée, la grossesse n'a été nullement entravée.

M. Pinard. — La seconde intervention pratiquée par M. Legueu, alors que la femme était enceinte de deux mois, montre une fois de plus combien étaient peu justifiées les craintes qu'on avait jadis d'opérer pendant la grossesse.

Cependant il est certaines opérations pratiquées dans la sphère génitale qui, faites *au début* même d'une grossesse, entraînent souvent l'avortement. C'est ainsi que, d'après les recherches récentes de Frænkel et ses expériences faites sur les animaux, l'avortement est fatal lorsqu'on pratique une intervention sur l'ovaire qui porte le corps jaune, ce dernier ayant sous sa dépendance la nutrition de la grossesse ; il serait intéressant de savoir si ces recherches sont confirmées par ce qu'on observe en clinique.

M. L.-Championnière. — Je pense qu'il faut faire de grandes réserves au sujet de l'opinion de M. Frænkel, car certains faits cliniques la contredisent formellement. C'est ainsi que dans un cas j'ai enlevé les deux ovaires d'une femme atteinte de corps fibreux de l'utérus; celui-ci renfermait un œuf de six semaines. La grossesse, qui était passée inaperçue, a continué jusqu'à terme. Je crois qu'en les recherchant, on retrouverait un certain nombre de faits cliniques venant à l'encontre des idées de Frænkel.

M. Doléris. — J'ai recueilli une observation du même genre dans laquelle je suis intervenu au début d'une grossesse en enlevant les annexes d'un côté : la trompe était remplie de sang, l'ovaire enlevé contenait le corps jaune de la grossesse, et cependant la grossesse a continué jusqu'à terme.

M. Pinard. — J'ai dit que les recherches de Frænkel avaient besoin d'être contrôlées et confirmées par la clinique. Aussi je demande à notre vice-président, M. L.-Championnière, à M. Doléris et à ceux de nos collègues qui possèdent des documents sur cette question de bien vouloir nous apporter ici leurs observations *in extenso* ; on verra de la sorte si ce qui se passe chez les animaux est applicable à la femme.

MM. Méry et Guillemot. — Dyspepsie gastrique avec spasme du pylore chez les nourrissons.

Séance du 13 juin 1904.

M. Lepage. — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche avec torsion du pédicule chez une femme enceinte de 3 mois et demi environ. Ablation du kyste. Guérison.

Primipare de 24 ans, irrégulièrement réglée depuis l'âge de 17 ans. Dernières règles, 16 janvier 1904. Peu de temps avant cette époque, constatation par un médecin d'une petite tumeur abdominale dans le flanc gauche. Douleurs abdominales intermittentes légères.

Le 12 mai, violentes douleurs abdominales, qui déterminent la femme à entrer à la Maternité de la Pitié. M. Lepage constate, à côté d'un utérus gravide remontant à 3 travers de doigt au-dessus du pubis, une tumeur arrondie, dure, indépendante de l'utérus et occupant le flanc gauche. Pas de réaction péritonéale. Diagnostic : kyste ovarique tordu.

Les douleurs vont s'accentuant, la température monte à 38°,1, le pouls à 120.

Le 15, laparotomie. Il s'écoule de la cavité péritonéale du liquide couleur porto. Kyste de l'ovaire gauche turgescent, noirâtre, libre d'adhérence. Ponction ramenant 200 grammes de liquide jaune. Pédicule tordu trois fois en sens inverse de celui des aiguilles d'une montre. Ablation du kyste, qui était dermoïde. Les anses intestinales et l'épiploon étaient rouges et vascularisés.

Guérison. — Le 5 juin, elle quitte le service de M. Lepage. La grossesse continue.

Cette observation démontre : la nécessité de l'examen méthodique du ventre dès les premiers mois de la grossesse ; l'importance, au point de vue de l'urgence de l'indication opératoire, de la dissociation du pouls et de la température ; l'innocuité de l'ovariotomie pendant la grossesse. Elle constitue un argument en faveur de l'intervention opératoire précoce pour éviter les accidents dangereux auxquels est exposée une femme enceinte qui a un kyste de l'ovaire.

M. Routier rapporte deux cas d'ovariotomie pour kystes ovariques tordus chez des femmes enceintes. Les deux femmes accouchèrent à terme sans incident.

M. Le Gendre. — Péritonite aiguë mortelle au cours d'une grossesse consécutive à une colite dysentériforme par coprostase.

Femme de 44 ans, enceinte pour la cinquième fois. Toujours constipée. Malade depuis septembre 1903 (alternatives de constipation et de diarrhée, selles striées de sang, muco-membraneuses). Dernières règles en octobre.

Le 8 janvier 1904, elle entre à l'hôpital Lariboisière. Température, 38°,6, mauvais état général. Ventre ballonné, douloureux. Evacuations artificielles difficiles.

Aggravation rapide de l'état général. La température dépasse 39°. Le pouls arrive à 120. Le 25, expulsion d'un fœtus de trois mois environ et de son placenta. Mort quelques heures après.

Autopsie : Péritonite purulente, agglutination des anses intestinales par des exsudats pseudo-membraneux, récents et anciens. Appendice normal. Colite catarrhale intense. Pas de lésions tuberculeuses.

La colite dysentériforme semble avoir été le chaînon intermédiaire entre la rétention prolongée des matières fécales et la péritonite. La coprostase habituelle avait créé un état d'intoxication latente, qui a sans doute favorisé et aggravé l'infection.

MM. Bouffe de Saint-Blaise. — **Deux cas d'accès convulsifs, accompagnés d'albuminurie considérable, trois et sept jours après l'accouchement.**

Obs. I. — Multipare (VI) de 41 ans, n'ayant pas d'antécédents importants, sauf que, depuis 4 ans elle a été atteinte de rhumatismes articulaires subaigus. Les accouchements antérieurs ont été normaux et spontanés; pendant ces grossesses, elle ne présenta jamais d'albuminurie. Elle vint à l'Hôtel-Dieu le 18 octobre 1903. Tout étant normal chez elle, les urines n'étant pas albumineuses, la tête du fœtus étant fixée en D. T., et la dilatation commençant, elle fut envoyée chez une sage-femme agréée, où elle accoucha sans encombre d'un enfant bien conformé et normal.

Le 22 octobre, cinq jours après, la malade accuse de l'inappétence, un violent mal de tête et des crampes d'estomac. La température et le pouls restant normaux, la sage-femme ne s'inquiète pas. Le dimanche 25 octobre, c'est-à-dire 7 jours après l'accouchement, il survient brusquement une crise convulsive, avec perte de connaissance, bleuissure de la face, stertor, morsure de la langue, sans émission involontaire d'urines. Ces attaques se renouvellent cinq fois, laissant après elles un état demi-comateux, d'où on réveille difficilement la malade qui semble avoir perdu la mémoire. Les urines examinées à ce moment sont albumineuses (1 gr. 50 d'albumine par litre).

Comme la malade est très agitée, qu'elle pousse des cris et qu'elle remue violemment dans son lit, on lui administre 6 grammes de chloral, qui la calment.

Je vois cette femme le lendemain matin et je la trouve très abattue, ne se rappelant rien de ce qui lui est arrivé la veille, répondant mal aux questions qu'on lui pose, n'ayant qu'une mémoire partielle des événements extérieurs. Elle a rendu 1.500 grammes d'urine fortement albumineuse. La région épigastrique est douloureuse et il existe une céphalalgie très intense; troubles de la vue : on n'a pu examiner le fond de l'œil. Il n'existe pas d'œdèmes.

Le surlendemain des attaques, il n'y a plus d'albumine dans les urines, l'état général paraît normal, la malade répond à toutes les questions, elle se souvient de tout et raconte qu'elle a eu, il y a trois ans, quelques jours après son accouchement, une crise assez semblable à celle qu'on lui raconte et dont elle n'a aucun souvenir.

Cependant elle ne présente aucun stigmate d'hystérie, ni d'épilepsie.

Guérison complète quelques jours après.

Obs. II. — Primipare de 23 ans, sans antécédents importants. Elle est accouchée, à 8 mois, d'un enfant vivant, après avoir présenté depuis six semaines de l'albuminurie qui n'a pas cédé au régime lacté. L'accouchement a été normal après douze heures d'un travail peu pénible. L'enfant est misérable, pesant 1 kgr. 010, et le placenta montre les lésions ordinaires de l'albuminurie.

Les suites de couches ont été normales jusqu'au 22 décembre, soir du 3e jour. A ce moment la température a monté à 37°,6, et le pouls à 115. La malade se plaint de mal de tête, elle dit qu'elle voit mal; à 10 heures et demie, elle se plaint d'une grande difficulté à respirer et d'une violente douleur au creux épigastrique. L'une des aides reste à côté d'elle et assiste, quelques minutes après, à une attaque convulsive avec perte de connaissance, mouvements toniques et cloniques, respiration stertoreuse; le tout suivi d'une période de coma d'où la femme ne sort que pour s'agiter et se plaindre. Mais elle répond vaguement dans l'intervalle des attaques, elle peut boire; les crises se renouvellent huit fois dans la nuit. Vers le matin la malade, qui a pris 10 grammes de chloral, s'endort plus tranquillement; les urines sont très albumineuses (5 grammes environ par litre).

Quand je la vois, elle dort, mais peut se réveiller pour répondre à mes questions. La température est de 37°,4, le pouls à 134. Céphalalgie intense. Pas d'œdèmes.

Dans les jours qui suivent, tout rentre dans l'ordre. L'albuminurie diminue, les douleurs disparaissent, et la malade sort le 10e jour, nous affirmant encore qu'elle n'a jamais eu aucune attaque nerveuse ni perte de connaissance.

Chez la première femme les attaques ont été précédées de céphalalgie et de douleur épigastrique. Nous ne savons pas exactement quel caractère ont

présenté les crises. Mais, chose importante, la femme qui n'avait pas eu d'albuminurie en a eu ensuite beaucoup. Puis tout a parfaitement guéri. Je sais que l'année dernière, à la Société médicale des hôpitaux, MM. Dopfer, Hirtz et Faisans ont signalé des crises d'albuminurie consécutives à des accès d'hystérie chez un homme et même à la suite d'épilepsie. Je suis donc tout prêt à retirer à cette albuminurie sa valeur diagnostique et à admettre avec ces auteurs qu'elle est due à un ralentissement de la circulation du rein par vasodilatation, d'autant plus que la femme a déjà présenté des crises analogues et qu'elle paraît avoir quelque tare nerveuse.

Mais dans la seconde observation le tableau clinique est plus complet. La malade était albuminurique pendant sa grossesse, elle a présenté les signes prémonitoires de l'éclampsie : douleurs de tête et du creux épigastrique, agitation, dyspnée, caractères des attaques vus par une sage-femme du service, coma consécutif, sans émission d'urines, troubles de la vue, retour graduel de la mémoire et albuminurie considérable après les crises. Dans ce cas il me semble assez difficile de refuser l'étiquette d'accès éclamptiques, surtout chez une femme qui ne présente aucune tare nerveuse, ni héréditaire ni acquise, aucun antécédent qui puisse expliquer de semblables accidents.

M. Doléris. — Les observations publiées de femmes ayant de l'éclampsie quelques jours après l'accouchement sont assez nombreuses, et pour ma part j'ai vu ces accidents survenir quatre ou cinq jours après l'accouchement. Toutefois il faut être réservé sur ce diagnostic d'éclampsie tardive, lorsqu'il n'est pas appuyé sur des examens nécropsiques. C'est ainsi que récemment j'ai observé à la Maternité de Boucicaut une femme qui présenta des crises convulsives ressemblant d'une manière complète aux accès éclamptiques. Ce fut le diagnostic porté, mais qui se trouva contredit par l'autopsie : on trouva, en effet, une hémorragie ventriculaire avec méningite de la base.

M. L.-Championnière. — Je ne pense pas qu'il y ait lieu de s'étonner de l'apparition des accès éclamptiques chez des accouchées. Elles restent exposées aux accès convulsifs aussi bien que les autres sujets qui présentent de l'albumine dans les urines. La malade de M. Doléris était-elle albuminurique ? Si oui, elle a pu avoir, indépendamment de sa méningite, des accès éclamptiques ; il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une accouchée albuminurique soit prise d'accès éclamptiques.

M. Doléris. — La malade dont j'ai parlé avait de l'albuminurie, mais il est fort probable que cette albuminurie était l'effet et non la cause des accès éclamptiques. Elle ne présentait pas l'anurie relative que l'on rencontre chez la femme éclamptique.

M. Lepage. — Nous sommes tous d'accord sur la possibilité de voir survenir chez les accouchées des accès convulsifs indépendants de l'auto-intoxication ; j'ai pu ainsi observer une femme qui, 7 à 8 jours après l'accouchement, présenta des crises convulsives, et à l'autopsie de laquelle on trouva une tumeur du lobe frontal gauche. Toutefois les accoucheurs admettent qu'il est exceptionnel de voir des accès éclamptiques débuter après l'évacuation de

l'utérus : presque tous nous considérons comme à l'abri de ces accidents la femme, albuminurique ou non, qui est accouchée depuis vingt-quatre et à plus forte raison depuis quarante-huit heures. C'est à ce titre que les observations de M. Bouffe de Saint-Blaise offrent un réel intérêt pratique,

M. L.-Championnière. — Je crois qu'on exagère un peu en faisant de l'éclampsie de la femme enceinte ou accouchée une affection spéciale. Sans doute il est plus commun de l'observer chez les femmes enceintes albuminuriques, mais je ne crois pas que la présence du fœtus ait une action bien réelle sur la production des accidents. En réalité, l'éclampsie puerpérale ne diffère guère, ni dans son étiologie, ni dans sa symptomatologie, des autres éclampsies. Il n'est pas jusqu'au traitement par la saignée qui ne donne les mêmes résultats heureux dans les diverses variétés d'accès convulsifs.

M. Champetier de Ribes. — On n'est pas en droit de dire que l'éclampsie chez la femme enceinte soit semblable aux autres éclampsies ; elle présente tout d'abord ce caractère particulier de ne pas être liée fatalement à l'albuminurie. Il est indiscutable en effet que certaines femmes enceintes, dont les urines, examinées avec le plus grand soin, ne renfermaient pas d'albumine quelques heures avant l'apparition des accès, ont pu cependant devenir éclamptiques : il en est résulté rapidement l'apparition d'albumine en grande quantité et même de l'anurie.

M. L.-Championnière. — Les faits que vient de nous signaler M. Champetier de Ribes s'observent parfaitement en dehors de la grossesse.

M. Champetier de Ribes. — Je tiens à préciser que des femmes ont pu avoir des crises nettes d'éclampsie sans avoir présenté de l'albumine dans les urines ni avant, ni après les accidents : il y a donc bien là quelque chose de spécial à la femme enceinte ou accouchée.

M. Doléris. — Je ne crois pas que la question de pathogénie soit aussi nettement tranchée que l'indique M. Bouffe de Saint-Blaise. Je nie d'autant moins l'importance des lésions hépatiques dans l'éclampsie, qu'un des premiers je les ai constatées sur des coupes histologiques. Du reste, en admettant même la valeur de la lésion anatomique du foie, nous ne savons pas quelle est la nature de l'intoxication qui la produit ; aussi est-il sage de ne pas être exclusif et d'admettre que les lésions du foie et des reins jouent un rôle également important dans la production des accès éclamptiques. J'ai observé une femme qui, à la suite de son premier accouchement, fut prise d'un accès convulsif très intense sans avoir jamais eu d'autres accès auparavant ; depuis cette époque, cette femme a tous les mois un ou deux accès convulsifs semblables à ceux de l'éclampsie puerpérale. Il n'est pas possible d'interpréter la pathogénie de ce cas particulier et il faut bien dire que de nombreux points restent encore obscurs dans cette question.

M. Bouffe de Saint-Blaise. — Je crois que les auteurs ne peuvent s'entendre parce qu'ils désignent sous le nom d'éclampsie beaucoup de choses tout à fait différentes et qui n'ont de commun que l'accès convulsif. Aussi sommes-nous de plus en plus amenés à considérer ces convulsions comme un

symptôme d'un état particulier de la femme enceinte ; cet état particulier est certainement beaucoup plus sous la dépendance du foie que des reins, puisque dans toutes les autopsies que j'ai pratiquées, c'est-à-dire dans 87 cas, j'ai *toujours* trouvé ces lésions de nécrose qui mettent l'organe dans un état complet d'insuffisance et suppriment pour ainsi dire sa fonction. Pour le rein j'ai déjà dit que l'on a trouvé les lésions les plus diverses et même rien du tout. Nous sommes donc naturellement portés à incriminer, au point de vue pathogénique, l'organe toujours malade et non point celui qui l'est d'une manière irrégulière, même au point de vue fonctionnel, puisque nous avons vu des femmes non albuminuriques présenter des attaques convulsives.

Je rappellerai même ici que cet état convulsif n'est pas essentiel à la constitution de l'entité pathologique, puisque j'ai observé une femme, en imminence d'éclampsie, chez qui le signe convulsif fut supprimé par une dose considérable de chloral et des inhalations de chloroforme, et qui néanmoins mourut et présenta dans son foie les lésions ordinaires qui par conséquent précèdent l'attaque. Celle-ci n'est donc qu'une conséquence d'une intoxication aiguë du système nerveux par rétention ou non-transformation de substances toxiques ; ce résultat de l'intoxication aiguë nous paraît naturellement être favorisé par d'autres causes, telles que l'hérédité ou un état antérieur des organes.

Mais cette discussion pourrait être prolongée à l'infini, et j'en reviens à l'objet de ma communication. Je vous ai apporté ces deux observations : d'abord parce qu'elles me paraissent être des cas survenant longtemps après l'accouchement, par rapport à ce que nous avons vu ou lu dans les livres classiques, puis surtout pour bien poser ce principe : ou bien ces attaques convulsives sont analogues à ce que l'on est convenu d'appeler les accès éclamptiques de la femme enceinte ou récemment accouchée, ce qui est en rapport avec les cas classiques surtout à cause de l'albuminurie qui a accompagné et suivi les attaques, ou bien ce ne sont que de vulgaires attaques nerveuses chez des femmes fatiguées et qui n'ont aucun rapport immédiat avec l'état puerpéral. Dans cette hypothèse le signe albuminurie n'a plus aucune signification. C'est là toute la question dont je suis venu vous demander la solution.

M. A. Doléris. — **Continuation de la grossesse après ablation de l'ovaire contenant le corps jaune de la grossesse.**

MM. A. Grosse et Theuveny. — **Deux observations de spina-bifida.**

MM. A. Grosse et H. Herrenschmidt. — **Un cas de péritonite aiguë mortelle d'origine annexielle chez une accouchée.**

Femme de 39 ans, enceinte pour la quatrième fois. Pas d'antécédents pathologiques. Au début de janvier 1904, elle vint consulter à la maternité de Beaujon : on trouva près de l'utérus, augmenté de volume, une tumeur annexielle ; le diagnostic resta hésitant entre une grossesse extra-utérine et une grossesse normale accompagnée de salpingite.

Le travail débuta le 12 mai, vers 3 heures de l'après midi. A 8 h. 30, rupture spontanée des membranes. La malade entre à 10 heures du soir, le 12 mai, à la maternité, et une heure après elle accouche d'un garçon vivant de 3.600 grammes. Avant son entrée à la maternité, trois heures environ après le début du travail, la malade avait éprouvé un violent frisson, à la suite duquel la température monta à 38°,5. Immédiatement après l'accouchement, nouveau frisson qui dure 40 minutes, et après lequel la température atteint 40°,3. La malade est passée au pavillon d'isolement.

Le 13 *mai*, temp. 39°; ventre tendu, douloureux, tympanisme très marqué. Un lavement évacuateur ramène des selles copieuses, extrêmement fétides.

14. — Temp. 39°,2, diarrhée très abondante ; selles décolorées, couleur mastic, d'odeur fétide. *Le séro-diagnostic est fait, mais il reste négatif.*

15. — T. m., 37°,3; T. s., 39°,1.

16. — L'état général est de plus en plus mauvais, vomissements verdâtres, agitation, délire. L'examen de l'abdomen, tendu et douloureux, est difficile à pratiquer; cependant il semble que le foie ait ses dimensions normales. On n'éveille pas dans la région hépatique de sensibilité spéciale, pas plus d'ailleurs que dans la région de l'appendice et des fosses illiaques. La régression de l'utérus se fait normalement; du reste, les lochies peu abondantes ne sont ni fétides ni purulentes. Le toucher vaginal est pratiqué sous chloroforme, dans le but de rechercher la présence d'une annexite. Il reste absolument négatif et ne nous fournit pas de ce côté le moindre renseignement. T. m., 38°,8.

Le diagnostic de péritonite s'impose, mais l'origine en reste obscure.

17. — Vomissements porracés, agitation, délire. Mort le 19 mai.

Autopsie. — A gauche dans la fosse iliaque on tombe sur une petite quantité (environ deux verres à liqueur) de pus concret ayant la consistance de la sauce mayonnaise. Ce pus est aggloméré autour de l'extrémité externe de la trompe, et il pénètre jusque dans son pavillon à ouverture large. La trompe gauche située dans la fosse illiaque ne présente aucune solution de continuité de sa paroi. On trouve dans sa cavité un magma purulent de la grosseur d'une noisette, présentant les mêmes caractères que le pus extérieur recueilli dans la fosse iliaque. Un stylet introduit par l'orifice abdominal avant l'ouverture de la trompe a pu pénétrer dans sa cavité, mais cependant avec assez de difficulté pour que la perméabilité de la trompe au moment de l'autopsie soit restée douteuse. L'ovaire gauche est scléro-kystique. Les annexes droites sont normales.

L'utérus est normal, il n'y a ni pus ni débris membraneux dans sa cavité.

L'enfant fut pris, quelques heures après sa naissance, de phénomènes de cyanose accompagnés d'élévation de température et succomba le 14 mai.

Les auteurs insistent sur l'origine annexielle de la péritonite, conséquence d'une salpingite ancienne, qui, restée sans grand retentissement jusqu'à la la fin de la grossesse, a provoqué au moment du travail une péritonite aiguë.

Sous l'influence des contractions de l'utérus et des muscles abdominaux, des déplacements de l'utérus, il y a eu compression et tiraillement de la trompe distendue, et celle-ci, exprimée comme une poire de caoutchouc, a laissé le pus s'ouvrir un passage à travers l'ostium abdominale.

Le peu de netteté des signes cliniques ne permettant pas de localiser la lésion initiale, le mauvais état général de la femme ont empêché de recourir à l'intervention chirurgicale. Cette temporisation a été regrettable, car, étant donné les lésions constatées à l'autopsie, l'intervention chirurgicale constituait pour cette femme la seule chance de guérison.

Ce fait démontre qu'on doit surveiller les femmes chez lesquelles, au cours de la grossesse, on constate l'existence d'une annexite. S'il y a lieu de soupçonner un pyosalpinx, on ne doit pas hésiter à en pratiquer l'ablation.

M. Lepage. — Vers le troisième mois de la grossesse j'ai eu l'occasion d'ob-

server cette femme. Ma première impression en l'examinant fut qu'il s'agissait bien d'une grossesse utérine ; un nouvel examen, pratiqué quelques jours plus tard, me laissa quelques doutes, parce que je sentais à côté de l'utérus, manifestement gros, une tumeur du volume du poing, située à gauche et en arrière. Un troisième examen me permit d'affirmer d'une manière absolue que la grossesse était utérine. Vers le sixième mois il était impossible de trouver trace de la tumeur qui, à un moment donné, avait fait hésiter des accoucheurs compétents sur le diagnostic de grossesse utérine. Il est probable que l'utérus gravide masquait cette tumeur située en arrière.

L'observation de M. Grosse nous apprend que, si dans la majorité des cas les salpingites anciennes n'offrent pas de gravité au cours de la puerpéralité, elles peuvent, dans certains cas, entraîner des accidents graves au cours de la grossesse ou à la suite de l'accouchement. De tels faits viennent légitimer l'ablation en dehors de la puerpéralité des annexes malades, surtout lorsque les lésions sont unilatérales.

Lorsque surviennent, dans les jours qui suivent l'accouchement, des phénomènes de réaction péritonéale, il peut y avoir intérêt à pratiquer une laparotomie qui pourra n'être qu'exploratrice, mais qui, dans certain cas, sera la seule chance de salut pour la femme.

Séance du 11 *juillet* 1904.

MM. Ribemont-Dessaignes et A. Grosse. — **Allongement hypertrophique avec transformation scléreuse du col de l'utérus. Rigidité du col au moment de l'accouchement. Opération césarienne conservatrice. Guérison.**

Femme de 34 ans, réglée à 15 ans et demi, accouchée à terme, en 1900, d'un enfant élevé au biberon et mort un mois après sa naissance.

A la suite de ce premier accouchement, a présenté des phénomènes de métrite, puis peu après un prolapsus utérin, avec allongement hypertrophique du col. Pendant un certain temps, ce prolapsus avait été en partie corrigé par le port d'un pessaire. Aucun autre traitement n'a été employé, et la malade n'a jamais subi de cautérisation du col).

Devenue enceinte à la fin d'octobre, cette malade a vu le prolapsus utérin se corriger avec les progrès de la grossesse. A partir du quatrième mois, l'utérus complètement remonté ne sort plus hors du vagin.

Depuis le début de mai 1904, pertes peu abondantes de liquide sanguinolent.

13 *mai*. — L'utérus mesure 24 centimètres. Au toucher vaginal, le doigt tombe immédiatement sur une masse volumineuse, dure, grosse comme une orange, qui occupe la plus grande partie du vagin. Cette masse est développée aux dépens du col utérin, et au centre le doigt pénètre dans l'orifice cervical. Le tissu est ferme, résistant, le canal cervical admet l'extrémité de l'index qui est enserré par le tissu scléreux comme par un anneau rigide. Diagnostic : allongement hypertrophique du col.

16. — Un peu après midi, la femme perd une quantité assez considérable de liquide amniotique, suivie d'un écoulement de liquide sanguinolent. Presque aussitôt, les contractions douloureuses de l'utérus s'établissent, mais le col utérin continue à former un anneau rigide, sans aucune tendance à la dilatation.

A 10 heures du soir, M. Ribemont-Dessaignes, ayant constaté à plusieurs reprises que le col n'a aucune tendance à la dilatation, pratique l'opération césarienne afin d'éviter une rupture de l'utérus.

Pendant les sept premiers jours, la température atteignit le soir 38°,4, 38°,6, une seule fois 39°. Lochies fétides, pour lesquelles on pratique des injections vaginales fréquentes. Impossibilité de mettre un drain dans la cavité utérine. Guérison.

Le 29 juin : Par le toucher vaginal le doigt trouve au fond du vagin le col utérin de forme conique et ne faisant pas une saillie beaucoup plus considérable que le col normal d'une multipare. Il est ferme, nullement friable et présente un orifice rétréci. Au-dessus du dôme vaginal, le doigt reconnaît le corps utérin augmenté de volume et entouré d'une zone de tissu induré qui le fixe dans une immobilité absolue.

L'enfant, prématuré et débile (poids 1.750 gr.), fut mis en couveuse ; il ne tarda pas à présenter du sclérème et succomba le 23 mai.

Dans cette observation, l'expectation restant sans résultat pendant les premières heures du travail, nous avons dû avoir recours à l'opération césarienne qui s'imposait si nous voulions éviter une rupture utérine.

L'opération césarienne décidée, fallait-il se borner à la césarienne simple, ou devions-nous la faire suivre d'une hystérectomie totale ?

L'hystérectomie totale avait l'avantage de supprimer le col hypertrophié et scléreux et de mettre la femme à l'abri de complications septiques du côté de l'utérus pendant les suites de couches ; mais l'ablation de l'utérus était-elle indispensable et bien justifiée ? Nous n'avions pas examiné cette femme avant sa grossesse. Nous ne savions pas quelles étaient alors les dimensions du col utérin hypertrophié ni l'étendue du prolapsus. D'un autre côté, nous pouvions espérer que, sous l'influence de la régression utérine, le col subirait une diminution sensible de son volume et que les ligaments suspenseurs de l'utérus retrouveraient assez de tonicité pour que le prolapsus ne fût pas trop accentué. Enfin, nous pensions que, même si le prolapsus utérin et l'allongement hypertrophique du col nécessitaient après la grossesse une intervention chirurgicale, celle-ci n'impliquait pas fatalement l'ablation de l'organe.

Pour toutes ces raisons, nous avons préféré la césarienne conservatrice. Les modifications qui se sont produites pendant les suites de couches semblent légitimer notre choix. Le col utérin n'est pas beaucoup plus dur ni plus volumineux qu'il ne l'est à l'état normal chez une multipare ; l'utérus n'offre actuellement aucune tendance au prolapsus.

A. Broca. — **Quelques mots sur le mécanisme des décollements épiphysaires.**

MM. Legueu et Morel. — **Molluscum pendulum de la vulve opéré pendant la grossesse.**

Femme de 25 ans, enceinte de 6 mois. Il y a un an, apparition sur la grande lèvre droite, tout près de l'extrémité supérieure, d'une tumeur molle, qui d'abord ne s'accrut que très lentement. Sur ces entrefaites, *la malade devint enceinte, et la tumeur prit brusquement un accroissement rapide*. Actuellement elle présente le volume du poing, elle est bosselée, molle, fortement pigmentée et implantée par un pédicule long, mais large, sur les téguments recouvrant le clitoris, ainsi que sur la partie supérieure des grandes lèvres. Elle est absolument indolore lorsque la malade est couchée, le pédicule en est un peu sensible quand la malade est debout.

Ablation. Guérison sans incident ; *aucun retentissement sur la grossesse.*

La tumeur est extrêmement molle et œdémateuse ; à la coupe elle laisse échapper du liquide non collecté dans des cavités kystiques, mais imprégnant un tissu lâche.

Au point de vue étiologique nous ne retrouvons ici ni la notion d'hérédité signalée par quelques auteurs (Virchow), ni les antécédents blennorrhagiques ou puerpéraux parfois incriminés, ni les traumatismes invoqués par Taylor, ni la coexistence de nœvi pigmentaires ou vasculaires ou de tumeur quelconque. Notre malade ne présentait ni les tares physiques, ni l'insuffisance intellectuelle des malades de Hebra. Par contre, nous insistons sur ce point que *la tumeur a pris un brusque accroissement de volume au moment de la grossesse.*

MM. J. Potocki et X. Bender. — **Grossesse extra-utérine rompue au 6e-7e mois sans accidents graves. Grossesse abdominale secondaire avec mort et rétention du fœtus à nu au milieu des anses intestinales. Opération 10 mois après le début de la grossesse. Guérison** (1).

M. J. L. Faure. — **Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale** (2).

MM. Doléris et Chartier. — **Étude expérimentale de la stovaïne en obstétrique.** — La récente communication sur la stovaïne faite à l'Académie de médecine par M. le professeur Reclus nous décide à publier quelques expériences pratiquées à la Maternité Boucicaut. Il ressort nettement de deux rachistovaïnisations pratiquées chez deux primipares, au cours d'un travail très douloureux et prolongé, que la stovaïne possède une action *ocitocique.*

Quelques minutes après l'injection rachidienne de 2 cmc. 5 de stovaïne, on observe un réveil de la contractilité du muscle utérin. Les contractions se rapprochent, se prolongent, deviennent subintrantes même, alors qu'elles restent parfaitement indolores. Cette action se prolonge une heure environ, et le travail de la dilatation s'accélère sans qu'aucune douleur soit perçue par la parturiente. En outre de ce pouvoir accélérateur et excitateur de la contractilité utérine, la stovaïne possède encore des propriétés provocatrices des contractions utérines. Dans un cas, l'accouchement a été provoqué avant terme et s'est effectué en 6 heures et demie, à la suite d'une injection rachidienne de 3 centigrammes de stovaïne.

Séance du 10 *octobre* 1904.

J. Audebert (de Toulouse). — **De l'ovariotomie pendant la grossesse** (3).

M. Pozzi. — Je ne partage pas l'avis de M. Audebert, relativement à l'époque de l'intervention pour un kyste de l'ovaire compliquant une grossesse : son

(1) Communication publiée dans les *Annales de gyn.*, octobre 1904. p. 581.

(2) La communication de M. J.-L. Faure et la discussion qu'elle a provoquée fera le sujet d'une revue générale.

(3) Communication publiée dans les *Annales de gyn.*, novembre 1904, p. 686.

raisonnement repose sur ce fait que l'opération est un danger d'avortement. Pour cette raison il retarde l'intervention, il faut se demander s'il n'expose pas ainsi la vie de la femme et celle du fœtus, Si on pratique l'ovariotomie, comme il convient de le faire chez une femme enceinte, on ne doit pas toucher à l'utérus, on ne le malaxe pas, on n'a donc pas à craindre l'avortement. Il faut suivre une technique particulière : pour cela on doit toujours penser à l'utérus et éviter de l'ébranler. J'ai l'habitude, lorsque j'opère un kyste de l'ovaire en dehors de la gravidité, de faire une petite incision, de vider le kyste et de sortir ensuite la poche au dehors; pendant la grossesse au contraire, je fais une grande incision, je vide le kyste incomplètement, je le sors de l'abdomen en ayant soin de ne pas tirer sur son pédicule; de cette façon je n'agis en rien sur l'utérus.

D'un autre côté, n'y a-t-il pas danger à attendre la viabilité du fœtus ? Ce retard dans l'intervention exige une surveillance particulière, je dirais même journalière ; à tout moment il peut se produire une torsion du pédicule avec tous ses accidents. Lorsque ceux-ci apparaissent, il est déjà trop tard, la vie de la femme et de l'enfant est compromise. Le fœtus court encore un autre danger, la compression par la tumeur.

Il faut donc opérer le kyste de l'ovaire pendant la grossesse dès qu'il est diagnostiqué.

M. Schwartz. — Je suis de l'avis de M. Pozzi : dès que le diagnostic est fait, il faut intervenir. Grâce à la technique actuelle on n'a pas à craindre l'avortement. J'ai vu des kystes de l'ovaire dans des grossesses avancées donner lieu à des accidents de compression ; dans un cas même il a fallu faire une ponction du kyste, c'était là une conduite d'urgence; mais la vraie conduite à suivre c'est l'opération précoce.

M. Pierre Delbet. — Ces opinions sont actuellement celles de tous les chirurgiens. Il ne faut pas oublier que pendant la grossesse le kyste de l'ovaire a une évolution rapide et qu'il détermine des accidents graves. La torsion du pédicule du kyste, soit pendant la grossesse soit après l'accouchement, est très fréquente et donne lieu à des phénomènes d'une grande gravité. Aussi doit-on opérer dès que le diagnostic de kyste est porté.

M. P. Rudaux. — **Syphilis du col de l'utérus au cours de la grossesse.**

Obs. I. — *Dystocie par rigidité syphilitique du col de l'utérus. Infection avant l'accouchement. Opération de Porro.* — Femme de 21 ans, tapissière. Enceinte pour la deuxième fois, la première grossesse s'est terminée à terme par la naissance d'un enfant actuellement bien portant.

A terme, membranes rompues et en travail depuis trois jours, elle a 39°,5 et 128 pulsations ; les grandes et les petites lèvres sont recouvertes de vastes plaques muqueuses saillantes, qui se continuent jusque dans le vagin. Par le toucher, on sent un col non effacé, entr'ouvert, très épais, induré, paraissant infiltré ; un point paraît plus induré, c'est vraisemblablement le siège de l'accident primitif. L'orifice qu'il limite permet d'introduire un et même deux doigts dans un canal à parois rigides, et de sentir la présentation céphalique appuyant sur le segment inférieur de l'utérus.

M. Ribemont-Dessaignes tente, sous chloroforme, une dilatation manuelle, mais sans

résultat; aussi décide-t-il de faire l'hystérotomie et d'enlever ensuite l'utérus à cause de l'infection qui est y localisée.

Opération de Porro sans incident. Mort le 4e jour. L'enfant pesait 2.810 grammes, il meurt le 8e jour.

Obs. II. — *Chancre induré du col de l'utérus. Accouchement normal. Examen histologique du col.*—Femme de 21 ans, secondipare à terme, présentant des syphilides pigmentaires au niveau du cou, sur le tronc et à la racine des cuisses, et des plaques muqueuses accompagnées de végétations autour de l'anus. Le col long et dur, presque ligneux, porte sur sa lèvre antérieure une induration qui est le siège d'une ulcération à bords irréguliers de la dimension d'une pièce de 2 francs et de coloration jaunâtre. Il s'agit certainement là d'un chancre induré, aussi ordonne-t-on à cette femme deux cuillerées à café de liqueur de Van Swieten par jour à prendre dans un peu de lait.

Après 15 jours de traitement, expulsion spontanée d'un enfant pesant 1.540 grammes. Cet enfant présente à la plante des pieds des traces de pemphigus, il respire mal, est mis en couveuse et meurt, le placenta pèse 590 grammes.

REVUE ANALYTIQUE

Fibromyome de la portion intra-abdominale du ligament rond de l'utérus. (*Fibromyoma of the intra-abdominal portion of the Round Ligament of the uterus.*) Spencer (H. R.), *The Journ. of obst. a. gynec. of the British Emp.*, février 1904, p. 119.

L'auteur relate un cas de fibromyome de la portion intra-abdominale du ligament rond, pesant 6 livres, enlevé par la myomectomie abdominale, chez une femme vierge, âgée de 24 ans, qui reste bien portante après 5 ans. Il fait aussi un résumé bref de 13 cas publiés antérieurement. L'examen critique de ces 14 cas montre qu'en général les tumeurs s'observent chez des femmes au delà de la quarantaine (âges extrêmes de ces cas : 24 et 76 ans).

Les tumeurs sont plus fréquentes à droite (9 p. 5) ; dans un cas, elles étaient bilatérales ; dans un autre, il y avait deux tumeurs sur un ligament. Elles peuvent survenir chez les vierges ; elles ne paraissent pas empêcher la grossesse ni l'interrompre, ni influencer les menstruations. Quand il y a des accidents de ménorrhagie, de dysménorrhée, etc., ces accidents s'expliquent en général par la concomitance de fibroïdes utérins. Ces tumeurs peuvent se compliquer de lymphectasies, de dégénérescences calcaires, myxomateuses et causer des accidents après la ménopause. Leur grosseur est variable (du volume d'une noix jusqu'à plus de 12 kilog.); elles sont soit sessiles, soit pédiculées, intra ou extrapéritonéales ; le pédicule, tantôt le ligament rond, tantôt un ligament

spécial, est susceptible de torsion. Elles peuvent donner l'illusion de tumeurs de l'utérus, de l'ovaire, des ligaments larges.

Il faut les enlever dès qu'elles donnent lieu à des accidents ou qu'elles atteignent un grand volume. Lier soigneusement le pédicule et, quand c'est possible, réunir les extrémités du ligament. L'énucléation faite, laisse-t-elle une poche, il faut la fermer ou la drainer. Un tableau synoptique présente les points essentiels de toutes ces observations. R. L.

Sur la présence des globules rouges prématurés dans le sang pendant la grossesse et l'accouchement (Sulla presenza dei globuli rossi immaturi nel sangue in gravidanza e in puerperio). ZANFROGNINI et SOLI, *Annali di ost. e ginec.* 1903, n° 11-12, p. 870

Après analyse critique d'un certain nombre de travaux et de recherches expérimentales consacrés à l'étude du globule rouge prématuré, les auteurs se résument en disant : que ce globule rouge, rudimentaire, prématuré qui en fin de modifications progressives aboutit au globule rouge, adulte, normal, élément essentiellement basophile (cyanophile en raison de son affinité pour le bleu de méthylène), est l'indice, quand il apparaît en quantité notable dans le sang, d'une suractivité des organes hématopoïétiques. Activité qui répond à un besoin de l'organisme et qui peut être mise en jeu par divers états pathologiques (anémie idiopathique, secondaire, etc.). Or, songeant à la leucocythémie qui va avec la grossesse, ils ont été curieux de rechercher si cette leucocythémie était de nature à influer dans le sens d'une surproduction de ces érythroblastes prématurés.

1° Pendant les 3e, 4e et 5e mois de la grossesse, il y a, en général, augmentation des globules rouges prématurés dans le torrent circulatoire, augmentation non assez accusée toutefois pour en faire une évolution régulière. Les recherches faites pour les deux premiers mois restèrent négatives.

2° Du 6e au 9e, les érythroblastes jeunes augmentent régulièrement : ils n'atteignent jamais des chiffres très élevés (maximum, 1,3 p. 1000, c'est-à-dire environ 5.000 par millimètre cube), mais leur augmentation est constante chez toutes les gestantes.

3° Il existe, en cours de grossesse, un rapport entre la diminution des globules rouges et l'augmentation des éléments prématurés ; ce fait cadre bien avec toute la physiologie des érythroblastes jeunes.

4° Même durant le temps de l'accouchement, on note encore une légère augmentation des érythroblastes jeunes : cette augmentation est peut-être en rapport avec les troubles hydrauliques de la circulation, qui facilitent la sortie de ces éléments des organes hématopoïétiques.

5° Dans le puerpérium, après un accalmie brève durant les deux premiers jours après l'accouchement, l'accroissement persiste et atteint son maximum du 6e au 8e jour (0,93 p. 1.000, 0,87 p. 1.000, 0,97 p. 1.000). Dès le 10e jour s'accuse déjà une diminution sensible des formes jeunes ;

6° Au 30e jour du puerpérium, les formes jeunes sont déjà assez rares et reviennent, rapidement, à la proportion normale. Mais, chez les femmes qui allaitent, cette diminution s'opère plus lentement.

En ce qui concerne la cause de l'accroissement en nombre des érythroblastes jeunes dans le sang, les auteurs pensent que, 1° pour la période *post-partum*, il faut la voir dans la perte de sang qui accompagne l'accouchement, l'hyperactivité splénique dont cet accroissement est l'indice étant destinée à rétablir l'équilibre sanguin troublé par cette perte, mais que 2°, *pour la grossesse*, cette cause reste inconnue tout en étant sans doute la même qui préside à une diminution des globules rouges par destruction plus considérable de ces derniers éléments.

R. L.

Traité de l'anesthésie générale et locale, par le professeur Dumont (de Berne). Edition française par le docteur Cathelin, J.-B. Baillière, 1904.

Ce volume est la traduction française du *Traité d'anesthésie générale et locale* du professeur Dumont, de Berne ; le docteur Cathelin ne s'est pas contenté de traduire l'ouvrage allemand, mais il a fait au texte original de nombreuses additions. L'ouvrage est illustré de 180 figures, qui sont pour la plupart des reproductions d'instruments ou de techniques spéciales d'anesthésie. Après de longs développements accordés à l'anesthésie générale par le chloroforme et l'éther, ainsi que le bromure et le chlorure d'éthyle, l'auteur étudie avec soin l'anesthésie locale par la cocaïne ; de plus, il décrit en détail la technique de l' « Infiltration anesthésie » de Schleich, méthode très intéressante et encore peu connue en France. Par l'abondance des documents et la clarté des descriptions, ce livre se recommande à tous ceux que les questions d'anesthésie intéressent.

P. Lecène.

BIBLIOGRAPHIE

L'œuf humain et les premiers stades de son développement. Éléments d'embryogénie, par MM. J. Potocki et A. Branca, 191 pages, 100 figures et 7 planches. Préface de M. le professeur Pinard. G. Steinheil, éditeur.

MM. Potocki et Branca ont eu pour but de mettre au point « les questions principales qui de près ou de loin se rattachent à l'histoire de la fécondation et du développement de l'œuf » dans l'espèce humaine.

Ces questions ont été groupées sous quatre chefs : 1° les produits sexuels, leur origine et leur valeur morphologique; 2° l'appareil génital et la vie

sexuelle; 3° les premiers stades du développement de l'embryon; 4° les annexes embryonnaires.

Bien des points de cette histoire sont encore mal connus ou inconnus, faute de documents. L'heure n'est pas encore venue, où « un observateur habile, favorisé des dieux », aura pu « réunir une série embryologique sans lacune des premières semaines et se livrer sur elle aux patientes recherches qui ont permis au professeur Mathias Duval d'élucider la même question chez les rongeurs, etc. ». (VARNIER, *Obstétrique journalière.*) Mais en attendant cette heure, il faut être reconnaissant à ceux qui, armés d'un sens critique et d'une compétence indiscutables, dressent le bilan de nos connaissances positives sur les premières phases du développement de l'œuf humain.

Les acquisitions de ces dernières années justifient d'ailleurs l'inventaire de 1905. Au premier rang de ces acquisitions se placent celles que nous devons aux recherches de Prenant, Bouin, Fraenkel, sur les fonctions du corps jaune, aux travaux de Siegenbeck van Heukelom, Peters, Spee sur les plus jeunes stades de la placentation humaine, etc.

Quant à la manière dont MM. Potocki et Branca ont mis au point et présenté ces questions, elle est « aussi simple que lumineuse » et bien faite pour séduire et retenir les embryologistes aussi bien que les médecins.

A. C.

Orthmann's Handbook of gynæcological pathology, translated by HUBERT ROBERTS and M. L. TRECHMANN. John Bale, éditeur, Londres, 1904.

Le petit manuel d'anatomie pathologique gynécologique d'Orthmann est trop connu pour que nous ayons à en faire l'analyse. Après avoir exposé les méthodes générales de technique microscopique, l'auteur déduit les diverses lésions communément observées au niveau de l'appareil génital féminin. La traduction anglaise, dont nous annonçons aujourd'hui la publication, est bien éditée et reproduit les planches de l'ouvrage allemand.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

G. STEINHEIL, Éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

VIENT DE PARAITRE

L'ŒUF HUMAIN

ET LES

PREMIERS STADES DE SON DÉVELOPPEMENT

ÉLÉMENTS D'EMBRYOGÉNIE

PAR

J. POTOCKI et **A. BRANCA**

Professeur agrégé à la Faculté de Paris — Accoucheur des hôpitaux.

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Avec une préface du professeur **A. PINARD.**

1 volume in-8 grand-jésus de 196 pages avec 100 figures dans le texte et 7 planches en couleurs. Prix . . . . . 10 francs.

Ce livre a été écrit pour servir d'introduction à l'étude de l'obstétrique. Les auteurs y ont mis au point les questions principales qui, de près ou de loin, se rattachent à l'histoire de la fécondation et du développement de l'œuf. Ces questions sont encore insuffisamment connues des médecins, parce que les travaux qui s'y rattachent sont pour la plupart publiés dans des périodiques de science pure que les médecins et les étudiants n'ont pas entre les mains. Aussi a-t-il semblé à MM. Potocki et Branca qu'il y avait là une lacune utile à combler.

Leur intention a été d'écrire un livre sur le développement de l'œuf dans l'espèce humaine et non sur l'embryogénie en général; ce sont donc les divers stades du développement de l'œuf humain qu'on trouvera exposés dans ce volume. Les auteurs étudient tour à tour : *les produits sexuels* : leur origine et leur valeur morphologique ; *l'appareil sexuel et la vie sexuelle :* l'ovulation et le corps jaune, la menstruation, les organes génitaux pendant la grossesse, l'appareil génital et le post-partum ; *les premiers développements de l'embryon* : la fécondation, la segmentation de l'œuf, la formation des feuillets embryonnaires ; *les annexes embryonnaires* : la vésicule ombilicale, l'amnios, l'allantoïde, le chorion, la fixation de l'œuf et la placentation, le cordon ombilical.

TRAVAUX DE CHIRURGIE ANATOMO-CLINIQUE

Par Henri HARTMANN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

DEUXIÈME SÉRIE. — **VOIES URINAIRES — TESTICULE**

Statistique du service Civiale, par HARTMANN. — Les tumeurs de la capsule surrénale, par HARTMANN et LECÈNE. — Etude sur les tumeurs solides du rein, par LECÈNE. — Kystes du rein, par HARTMANN. — De la conduite à tenir en présence d'une déchirure de la veine cave au cours de la néphrectomie, par HARTMANN. — Quel est le meilleur moyen d'étudier la manière dont se fait l'évacuation du contenu des reins ? par HARTMANN. — Anatomie des glandes bulbo-uréthrales, par P. LEBRETON. — Note sur un cas de kyste développé aux dépens d'une glande bulbo-uréthrale, par HARTMANN. — Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine, par HARTMANN. — L'épithélioma primitif de l'urèthre prémembraneux chez l'homme, par LAVENANT. — Tuberculose de l'urèthre simulant un néoplasme, par LECÈNE et PRAT. — Etude sur la tuberculose expérimentale du testicule, par CH. ESMONET. — Technique des orchites expérimentales par voie artérielle spermatique, par CH. ESMONET. — Hydrohématocèle en bissac infectée de dimensions énormes, par HARTMANN. — Note sur la bactériologie des vaginalites aiguës, par HARTMANN, ESMONET et LECÈNE. — Note sur l'histologie de l'épididymite blennorrhagique, par B. CUNÉO.

1 vol. in-8 grand jésus de 340 pages avec 105 figures. Prix : **15** francs.

Paru précédemment :

PREMIÈRE SÉRIE. — **Voies urinaires. Estomac.** — Avec la collaboration de MM. B. CUNÉO, DELAAGE, P. LECÈNE, LEROY, G. LUYS, PRAT, G.-H. ROGER, SOUPAULT. Un vol. in-8 grand-jésus de 360 pages avec 113 figures dans le texte. Prix : **15** francs.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De l'apiol.

L'apiol est le principe actif de la semence de persil, dont les propriétés emménagogues sont incontestables et reconnues par la plupart des auteurs qui l'ont étudié (Bouchardat, Bouchut, Siredey, etc.). Cette action est utilisée surtout dans la dysménorrhée, quand celle-ci doit être traitée, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une inflammation de l'utérus ou des annexes. L'indication principale est fournie par les règles douloureuses des jeunes filles, dont la *Gazette hebdomadaire* a étudié le traitement dans un article récent. Ajoutons que l'apiol se serait montré efficace dans les fièvres intermittentes de moyenne intensité (Manquat).

Doit-on donner le nom d'apiol au liquide oléagineux, non volatil, d'une coloration variant du jaune ambré au vert et même au vert brun, de saveur âcre et piquante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme? Ou bien ce liquide n'est-il autre chose qu'un produit complexe, dans lequel on peut isoler un principe actif cristallisable? Ce sont là des points qui ne sont pas encore définitivement tranchés et sur lesquels les opinions des chimistes varient avec leurs pays d'origine.

Tandis que l'apiol liquide semble ou plutôt semblait, il y a encore peu d'années, prévaloir en France et en Belgique, en Allemagne, au contraire, l'apiol cristallisé est adopté à l'exclusion des autres formes sous lesquelles il peut être obtenu.

La caractéristique de ce désaccord est fournie par ce fait assez curieux que quelques fabricants allemands qui, dans leur préparation de l'apiol, obtiennent le principe cristallisé à côté du principe liquide, se réservent le premier pour les besoins de la consommation allemande et livrent à la consommation française le principe liquide, qu'ils ne peuvent écouler chez eux.

Si l'on admet l'opinion qui prédomine en Allemagne et à laquelle de sérieux travaux des chimistes allemands ont ajouté un regain d'intérêt (*Annales de Merck*, 1896-98), l'apiol, chimiquement pur, serait un corps cristallisé en aiguilles blanches, fusibles à + 30°, bouillant vers + 300°, et, comme l'apiol liquide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et le chloroforme:

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une façon bien formelle sur les données contradictoires fournies par la pharmacopée franco-belge d'une part, la pharmacopée allemande d'autre part. Le mieux est donc d'augurer, non de telle ou telle constitution chimique, mais seulement des effets thérapeutiques qu'on en a obtenus. Ici encore la clinique reste souveraine et c'est à elle qu'il faut s'en rapporter pour faire un choix entre les deux produits.

Or une expérience de plus de dix années semble établir que l'apiol cristallisé réunit au plus haut degré toutes les qualités requises de cette substance. Mais, pour cela, il est nécessaire que la préparation pharmaceutique soit obtenue de telle manière que les principes utiles de la semence de persil, cristallisables ou non cristallisables, s'y trouvent associés, à l'exclusion des substances féculentes ou résineuses dont il convient de débarrasser l'apiol. Leur présence modifie même le poids spécifique de l'apiol liquide, qui tombe au fond de l'eau ou surnage, selon les éléments étrangers qui peuvent s'être introduits ou maintenus dans la préparation par les dissolvants employés au traitement de la semence de persil.

Sans doute, la question est encore à l'étude ; mais, comme le produit cristallisé a une action thérapeutique absolument identique au produit huileux complexe connu sous le nom d'apiol, *le praticien devra toujours prescrire de préférence l'apiol cristallisé*, qui lui donnera les garanties de pureté qui font défaut à la forme liquide dont la coloration, le poids spécifique varient avec les méthodes de préparation.

L'apiol s'emploie à la dose de 25 à 75 centigrammes par jour sous forme de capsules gélatineuses de 15 centigrammes de substance active *en solution huileuse*. C'est le seul mode pratique d'administration.

L'Usine Française (Goy et Cie) est la seule qui prépare cet apiol cristallisé, de pureté certaine.

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CANCER DU COL SUR UTÉRUS GRAVIDE

Résultats éloignés.

Par **R. Condamin**, agrégé, chargé d'un cours de gynécologie à la Faculté de Médecine de Lyon, et **A. Condamin**, ancien interne des hôpitaux.

La thérapeutique du cancer du col de l'utérus pendant la grossesse fut tout d'abord expectative, et c'est l'abstention systématique que préconisent les anciens traités d'accouchement. C'est ainsi que l'on peut lire dans le *Traité des accouchements* de Charpentier, paru en 1883, les conclusions suivantes sur la thérapeutique du cancer du col pendant la grossesse :

« Attendre est pour nous, dans ces cas-là, règle absolue ; il faut se borner pendant la grossesse à combattre les hémorragies par des applications directes de perchlorure de fer, par des injections astringentes et antiseptiques, etc. »

Puis, avec la période antiseptique, commença la phase chirurgicale, pendant laquelle chirurgiens et accoucheurs préconisèrent les moyens radicaux, c'est-à-dire l'extirpation de l'utérus gravide cancéreux pour essayer de sauver la mère.

En 1894, Hernandez, dans les *Annales de gynécologie* (1), adoptait des conclusions très fermes : « Chaque fois, dit-il, qu'une femme enceinte est reconnue atteinte d'un cancer utérin, si le cancer est opérable, on doit pratiquer l'extirpation totale de l'utérus sans retard, quel que soit l'âge de la grossesse. » De même, en 1900, Gailly (2), dans une thèse faite sous l'inspiration de M. Auguste Pollosson, préconise une conduite semblable.

Dans ces derniers temps une réaction s'est produite, peut-être justifiée en partie par la malignité plus grande du cancer évoluant en même temps qu'une grossesse, mais surtout par un certain nombre de cas malheureux où les tentatives de cure radicale ont été suivies très rapidement d'une récidive, qui amenait la mort de la malade peut-être plus promptement que si on l'avait délibérément abandonnée à son malheureux sort, la récidive

1 Hernandez, Traitement du cancer de l'utérus gravide. *Annales de gynécologie*, 1894.
2 Gailly, *Du cancer du col de l'utérus pendant la grossesse*. Thèse de Lyon, 1900.

envahissant immédiatement le péritoine. Ces faits prouvent peut-être simplement qu'il faut limiter l'intervention aux cas peu avancés, et pour lesquels on pourra espérer, autant que faire se peut, enlever tout le mal. Il nous semble, en effet, que l'abstention systématique et, dans tous les cas, adoptée comme une règle absolue, ne saurait être admise sans discussion, tant qu'on n'aura pas prouvé que la récidive du cancer après l'opération radicale est absolument fatale. C'est précisément cette récidive fatale, à laquelle croient MM. Bouilly, Pinard, Varnier, Champetier de Ribes, qui leur fait préconiser une thérapeutique d'abstention dans ces cas. Nous croyons utile de résumer la discussion qui eut lieu à ce sujet en 1901 devant la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris (1).

M. Bouilly: « Il faut, dans ces cas-là, se laisser guider par ce principe : une femme enceinte qui a un cancer de l'utérus est perdue, quelle que soit la thérapeutique que l'on tiendra. Il n'y a donc aucun avantage à supprimer une grossesse, puisque la femme est forcément sacrifiée. Plus on va et plus on a de chances de continuation de la grossesse. Il n'y a qu'un des facteurs qui soit intéressant, c'est l'enfant. On le laissera se développer, et on se contentera de l'opération la plus simple, etc. En résumé, la conduite à tenir, c'est l'abandon de la mère en faveur de l'enfant. »

M. Pinard est du même avis : « Pendant la grossesse, quel que soit son âge, l'expectation doit être la règle. »

MM. Varnier et Champetier de Ribes sont du même avis.

A Lyon, dans une thèse toute récente, faite sous l'inspiration de M. Commandeur, l'auteur adopte la conclusion suivante : « Dans le cancer il faut laisser évoluer la grossesse et opérer le plus près possible du neuvième mois ou au début du travail (2). »

En somme, ceux qui préconisent l'expectative et le sacrifice de la mère le font parce qu'ils considèrent celle-ci comme irrémédiablement perdue, qu'on laisse évoluer la grossesse ou qu'on pratique l'extirpation totale de l'utérus.

Or, ce pronostic absolument fatal pour la mère ne correspond pas à la réalité des faits, et si le pronostic du cancer est, de l'avis de la plupart des auteurs, aggravé par la grossesse, les chances d'une cure radicale par l'extirpation totale pratiquée de bonne heure ne sont cepen-

(1) Discussion sur le cancer du col compliqué de grossesse. *Annales de gynécologie*. 1901.

(2) PAUL DÈVE, *Combinaison de la césarienne et de l'hystérectomie abdominale totale dans les cancers et fibromes de l'utérus*. Thèse de Lyon, 1904.

dant pas réduites à zéro. C'est là ce que démontre M. Hense, assistant de gynécologie à l'Université de Kœnigsberg, dans un travail qui a paru en 1901 (1). L'auteur a recherché quelles avaient été les suites opératoires de l'extirpation totale de l'utérus dans ces cas et quelle était la proportion des guérisons durables, et il considère comme telles les cas qui n'ont pas récidivé cinq ans après l'opération. Il trouve ainsi une proportion de guérisons de 24 p. 100.

*
* *

Avant de discuter le traitement du cancer du col au cours de la grossesse, il est un point qu'il serait tout d'abord nécessaire d'éclaircir et sur lequel, malheureusement, on est encore mal fixé, c'est celui des chances de vie que possède le fœtus contenu dans un utérus dont le col est envahi par la néoplasie, si on laisse la grossesse évoluer librement, car nous ne voulons pas discuter la question des interventions partielles, qui actuellement est jugée par les mauvais résultats qu'elles donnent, aussi bien au point de vue de la mère qu'à celui du fœtus. Il est certain que celles-ci sont considérablement diminuées lorsque survient cette redoutable complication.

Le fœtus, en effet, est constamment menacé; d'abord par les avortements, qui peuvent se produire à tout moment dans l'évolution de la grossesse, soit par suite des hémorragies qui peuvent suffire pour mettre la vie de la mère en danger, soit par les progrès de la néoplasie se propageant très rapidement jusqu'au corps utérin, et on sait combien la marche du cancer est rapide dans ces tissus mous et très vasculaires des organes génitaux pendant la grossesse ; puis, dans le cas où la grossesse atteint son terme, par les redoutables accidents de dystocie qui peuvent se produire au moment de l'accouchement. Sans nous faire beaucoup d'illusions sur la valeur des statistiques, il nous semble juste d'en tenir compte dans une certaine mesure. Différentes statistiques répondent aux questions que nous venons de poser :

1° Quelles sont les chances pour la grossesse d'arriver à son terme ? D'après Cohnstein (2), le nombre des avortements est de 15 p. 100 et le nombre des accouchements prématurés de 15 p. 100 également (et ceux-

(1) Konrad Hense, De l'influence de la grossesse sur les suites éloignées de la cure radicale du cancer utérin. *Zeitsch. für Geburtsh. und Gynœkol.*, 1901, t. XLVI.

(2) Cohnstein, Du cancer de l'utérus pendant la grossesse et les suites de couches. *Archiv für Gynœkologie*, t. V. p. 336.

ci se produiraient, d'après l'auteur, surtout avant sept mois et demi, à un moment où la viabilité de l'enfant est encore très faible).

Les statistiques fournies d'autre part par Herman et Bar (1) concordent assez bien avec celle de l'auteur allemand. Bar estime, en effet, que la gestation n'arrive à son terme dans les cas de cancer du col que dans les deux tiers des cas, c'est-à-dire que l'avortement ou l'accouchement prématuré se produit dans 33 p. 100 des cas au lieu de 30, comme le prétendent les statistiques de Cohnstein.

2° Lorsque la grossesse évolue jusqu'à la fin, d'après Cohnstein (2), la mortalité du fœtus est de 36,2 p. 100 ; d'après Theilhaber (3), la mortalité serait encore plus forte : de 47 p. 100.

De sorte qu'au total, d'après Cohnstein, le nombre d'enfants nés vivants ne serait que de 34 p. 100, si on laisse évoluer la grossesse sans se préoccuper du cancer du col.

Nous pensons cependant que, lorsque la grossesse arrive à son terme, et que l'accouchement ne peut se produire physiologiquement, en pratiquant la césarienne en temps opportun, ce dernier chiffre pourrait être plus élevé ; quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que dans les cas du cancer du col sur utérus gravide les chances de vie du fœtus sont notablement réduites.

Pour la mère, il est également certain que l'état gravide augmente la gravité du cancer et rend le pronostic encore plus sombre.

Les tissus utérins et péri-utérins, plus relâchés, plus vasculaires pendant la période de gestation et aussi pendant les 15 ou 20 jours qui suivent l'accouchement, rendent plus faciles le développement du cancer et la pénétration des cellules cancéreuses dans le tissu utérin et dans les voies lymphatiques considérablement hypertrophiées.

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question du cancer du col pendant la grossesse sont unanimes à reconnaître cette règle. M. Pinard a cependant rapporté devant la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris (4) une observation qui semble en contradiction avec cette loi :

Il s'agit d'une femme chez laquelle on avait constaté une petite tumeur néoplasique de la lèvre postérieure du col au moment de son

(1) Bar, Thèse d'agrégation, Paris, 1886.

(2) Cohnstein, *Archiv für Gynœkologie*, t. V.

(3) Theilhaber, Du traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse et les suites de couches. *Archiv für Gynœkologie*, t. LXVII.

(4) Discussion sur le cancer du col sur utérus gravide. *Annales de Gynécologie*, 1901.

accouchement à la clinique. Celle-ci quitta le service refusant toute intervention.

L'année suivante, dix-huit mois après environ, elle accouchait de nouveau d'un enfant vivant, sans que sa tumeur ait augmenté très notablement de volume.

Quelques autres observations semblables ont été publiées qui semblent infirmer la loi généralement admise. En tout cas, si on envisage ces cas au point de vue de la conduite à tenir dans le traitement du cancer du col de l'utérus gravide, ils sont tout en faveur d'une intervention radicale, qui a d'autan plus de chance d'être efficace que la néoplasie est moins maligne.

On a prétendu également que la femme enceinte atteinte de cancer utérin n'attachait aucune importance aux symptômes du néoplasme, mettant ceux-ci sur le compte de la grossesse, et que par conséquent le cancer dans les cas de gravidité était reconnu plus tardivement, à un moment où une thérapeutique efficace ne peut plus intervenir. Ce raisonnement n'est peut-être pas absolument juste, attendu que la tumeur cancéreuse peut être constatée par hasard au cours des examens que subit souvent la malade à l'occasion de sa grossesse, et que, d'autre part, il semble bien que cette affection survient de préférence chez des multipares, qui ne manqueront pas vraisemblablement de s'inquiéter de symptômes anormaux qu'elles n'ont pas constatés au cours de leurs grossesses antérieures.

Enfin, il est un symptôme qui est signalé dans nombre de nos observations, et sur lequel les différents auteurs qui ont traité ce sujet ont bien insisté : ce sont les douleurs qui semblent bien, dans les cas de cancer coïncidant avec une grossesse, être plus intenses et en tout cas plus précoces.

Il est bien certain que ces symptômes anormaux, douleurs, hémorragies, ne manqueront pas d'inquiéter des multipares et de les engager à se faire examiner.

On a dit aussi que le cancer du col était plus difficile à diagnostiquer pendant la grossesse, parce qu'il était plus difficile d'atteindre celui-ci, et que, si on constatait une tumeur, on avait plus de peine à en reconnaître les limites et à examiner les ligaments larges et les tissus périutérins.

En réalité, si cet examen est rendu plus pénible par l'élévation du col, il est facilité, d'autre part, par les voies d'accès qui sont plus sou-

ples, par la possibilité d'abaisser l'utérus dans l'intérieur du bassin, ce qui permet d'apprécier plus facilement les limites de la tumeur.

Enfin le contraste entre la mollesse des parties du col non envahies par la tumeur et la dureté de celle-ci ne peut pas manquer d'attirer l'attention. Évidemment, la grossesse imprime quelquefois à la tumeur cancéreuse un certain degré de ramollissement, surtout sur les bords. Néanmoins celle-ci conserve toujours à sa partie centrale une dureté spéciale qui ne peut manquer d'attirer l'attention.

En résumé, si le pronostic du cancer du col pendant la grossesse est aggravé d'une façon certaine par l'état des tissus, le développement considérable du système lymphatique, le diagnostic de l'affection peut souvent être fait assez tôt pour permettre de faire subir à la mère les chances d'une cure radicale, si celle-ci est réellement possible par l'extirpation totale de l'utérus gravide cancéreux.

Nous croyons intéressant et utile de publier les quelques observations suivantes d'hystérectomie vaginale, pratiquées pendant le cours de la grossesse pour des cancers du col ; parmi celles-ci, les unes concernent des malades qui furent constatées en bonne santé, un temps suffisant après l'opération, pour qu'on soit en droit d'espérer que la récidive ne se produira jamais.

Pour d'autres, le temps écoulé entre l'intervention et le moment où la malade examinée fut reconnue saine est insuffisant pour qu'on puisse porter un jugement sur l'efficacité définitive de l'acte opératoire. En tous cas, pour nombre d'entre elles, même en admettant une récidive ultérieure, le bénéfice de l'opération est évident et suffirait à la rigueur pour justifier celle-ci.

Parmi les observations que nous publions, deux nous sont personnelles ; les autres ont été recueillies dans différents ouvrages de la littérature allemande.

Quatre ou cinq concernent des cas où l'hystérectomie vaginale a été pratiquée peu de temps soit après l'accouchement, soit après l'avortement.

Nous avons cru devoir faire rentrer celles-ci dans notre étude, car les conditions anatomiques ainsi que l'évolution du cancer sont les mêmes dans les deux cas.

Obs. I. — *Grossesse de 3 mois. Cancer du col. Hystérectomie vaginale. Absence de récidive 17 mois après l'opération.* — Condamin, *inédite.*

F. Chav..., réglée à 16 ans, toujours régulièrement. Mariée à 20 ans ; a eu

6 enfants dont 4 sont vivants. Le dernier accouchement, en 1896, fut suivi d'une poussée inflammatoire du côté des annexes, qui guérit par le repos et la révulsion.

En 1902, fin août, après un retard de 3 semaines, pertes abondantes. On constate, quelque temps après, une salpingite gauche. Le 20 octobre, ablation de cette trompe par la voie vaginale.

En 1903, au mois d'août, la malade, qui a un retard de 3 mois dans ses règles, vient consulter pour des douleurs et des pertes. On constate une grossesse manifeste de 3 mois, puis sur le col une ulcération molle, mais friable et saignante, occupant tout l'orifice cervical, surtout la lèvre antérieure.

Diagnostic. — Grossesse de 3 mois. Épithélioma du col.

Entrée salle Sainte-Thérèse, la malade est opérée le 1er août 1903. Après raclage soigné de la tumeur cancéreuse, hystérectomie vaginale (Condamin) suivant son procédé, c'est-à-dire : ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur, hémisection médiane de la paroi antérieure, extirpation d'un œuf correspondant à une grossesse de 3 mois, bascule du corps utérin dans le vagin et, comme *dernier temps*, section du cul-de-sac postérieur. Il s'écoule très peu de sang pendant l'opération.

La malade, revue 17 mois après l'opération, est en bonne santé. La cicatrice vaginale est souple et sans aucune récidive.

L'examen histologique, pratiqué par M. Paviot, indiqua qu'il s'agissait d'un épithélioma (forme très maligne).

Obs. II. — *Cancer du col. Grossesse de 5 mois. Hystérectomie vaginale.* — Condamin, *inédite.*

F. G..., âgée de 30 ans. Deux accouchements antérieurs. Réglée très régulièrement jusqu'au 25 juillet 1904.

A partir de ce moment, hémorragies irrégulières, pour lesquelles la malade va consulter un médecin, qui constate une grossesse de 4 mois et demi et une tumeur suspecte de la lèvre antérieure du col, saignante au toucher.

Le docteur Condamin vit la malade les derniers jours de novembre 1904. Le 2 décembre, il pratique l'extirpation de cette lèvre antérieure. Celle-ci se déchire facilement, et l'examen macroscopique de la tumeur fait, d'ores et déjà, reconnaître sa nature cancéreuse.

L'examen histologique confirme ce diagnostic. Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux, forme diffuse, très maligne (docteur Paviot).

Le 9 décembre 1904, hystérectomie vaginale (Condamin) : ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur, hémisection médiane de la paroi antérieure, ouverture de la poche des eaux, extraction d'un fœtus de 5 mois environ (28 centimètres), bascule du corps utérin dans le vagin, section et hémostase au moyen de ligatures au catgut des ligaments larges, et comme *dernier temps* section du cul-de-sac postérieur.

L'opération fut facile. L'abaissement du corps utérin dans le vagin se fit sans aucune peine, par suite de la mollesse des parois utérines.

Légère hémorragie par suite du décollement partiel du placenta; après la

rupture de la poche des eaux, hémorragie, qui s'arrêta aussitôt après la bascule du corps utérin dans le vagin.

Suites opératoires simples.

Obs. III. — *Cancer du col. Grossesse de 7 mois. Césarienne suivie de l'hystérectomie vaginale. Enfant vivant.*— Enrique Fortin (de la Havane), *Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris*, 9 février 1904, et *Annales de gynéc. et d'obst.*, octobre 1904. — Pas de récidive deux ans après l'opération.

X..., 31 ans, 10 accouchements antérieurs. Hémorragies fréquentes pendant le cours de sa grossesse.

Le 18 décembre 1901, le docteur Fortin vit la malade pour la première fois et la trouva dans un état d'anémie extrême. « Au toucher, on sent au fond du vagin une tumeur du volume du poing faisant corps avec le col de l'utérus et s'étendant à la paroi postérieure du vagin, tumeur dure, donnant, sur certains points, une sensation de fongosité. Le doigt venant de pratiquer le toucher était taché d'un liquide sanguinolent très fétide. Le diagnostic de cancer n'offrait pas de doute. »

Le 27 décembre 1901, opération césarienne. On retire un enfant vivant, puis le chirurgien procède immédiatement après à l'extirpation de l'utérus cancéreux, par la voie vaginale.

La malade se rétablit bien, et, revue deux ans après, il n'y avait pas de récidive.

Le docteur Potocki, qui rapporte l'observation, émit des doutes sur la nature cancéreuse de la tumeur, précisément par suite de l'absence de récidive. (C'est là un fait, dit-il, qui vient à l'encontre de ce que nous observons ordinairement dans les cas de cancers du col pendant la grossesse, celle-ci imprimant au cancer une marche très rapide.)

Il nous semble pourtant que les caractères présentés par la tumeur ne peuvent laisser de doute sur sa nature. D'ailleurs, lorsque le cancer du col a atteint un certain développement, le diagnostic en est facile, surtout lorsque c'est la portion vaginale de celui-ci qui est atteinte.

On ne peut avoir d'hésitation quant au diagnostic qu'aux stades du début.

Obs. IV. — *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 12 mars 1897, et Olshausen, Cancer de l'utérus et grossesse. *Zeit. für Geburt. und Gynœk.*, 1897, t. XXXVII.

F. H..., 38 ans, 5 accouchements antérieurs. Dernières règles le 29 août 1890.

Opération le 29 juin 1891 (Olshausen), 17 jours après un accouchement à terme. Hystérectomie vaginale pour cancer du col.

L'opérateur apprend par une lettre de son médecin en 1897, six ans après l'opération, que la malade est en bonne santé.

Obs. V. — *Cancer du col. Grossesse de 5 mois. Pas de récidive 6 ans et demi après l'opération (hystérectomie vaginale).* — Olshausen, *Ibid.*

F. Scholbach, 26 ans, 3 accouchements antérieurs ; dernières règles le 16 janvier 1890. Le 28 mai, le bord de l'utérus s'élève à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On constate un cancer de la lèvre antérieure du col, la lèvre postérieure est libre dans les deux tiers de sa longueur, mais le canal cervicale est envahi jusqu'au niveau de l'orifice interne. Le 28 mai, cautérisation de la tumeur avec une solution de chlorure de zinc. Le 13 juin 1890, hystérectomie vaginale (Olshausen). La malade, en février 1897, est en bonne santé, par conséquent 6 ans et 9 mois après son opération.

Obs. VI. — *Cancer du col. Grossesse de 4 mois. Hystérectomie vaginale. Pas de récidive 7 ans après l'opération.* — Olshausen, *Ibid.*

X..., primipare, 36 ans, utérus gravide de 4 mois. Cancer du col. Hystérectomie vaginale pratiquée le 26 juillet 1894 par Olshausen.

Revue en janvier 1901 par Hense (1), la malade est en bonne santé, par conséquent 7 ans après l'opération.

Obs. VII. — *Grossesse de 2 mois. Cancer du col. Hystérectomie vaginale. Pas de récidive 4 ans et demi après l'opération.* — Olshausen, *Ibid.*

X..., 36 ans, utérus gravide de 2 mois. Cancer du col. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée le 19 février 1887.

La malade revue par l'opérateur en 1891, 4 ans et demi après, était bien portante, sans récidive.

Obs. VIII. — *Grossesse de 6 mois. Cancer du col. Hystérectomie vaginale. Pas de récidive 7 mois après l'opération.* — Olshausen, *Ibid.*

Femme Gülmacka, 39 ans, 7 accouchements antérieurs. Depuis avril 1896, règles irrégulières. Cancer de la lèvre postérieure du col s'étendant dans l'intérieur du canal cervical, le long de la paroi postérieure du col et aussi à la paroi postérieure du vagin.

Opération, le 7 novembre 1896 (Olshausen). Hystérectomie vaginale.

L'utérus enlevé correspondait à une grossesse de 6 mois environ et pesait 1.900 grammes. Le fœtus avait 31 centimètres de long. La malade, revue le 18 juin 1897, était sans récidive.

---

(1) Hense, De l'influence de la grossesse sur les suites éloignées de la cure radicale du cancer utérin. *Zeitsch für Geburtsh. und Gynæk.*, 1901, t. XLVI.

Obs. IX. — *Cancer du col. Avortement spontané. Hystérectomie vaginale. Pas de récidive 7 ans et demi après l'opération.* — Winter, Observation citée dans le rapport présenté par Olshausen devant la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, où la pièce a été présentée; publiée dans le *Zeit. für Geburt. und Gyn.*, 1897, t. XXXVII, p. 9.

Femme Krauss, 34 ans, 3 accouchements antérieurs. Dernières règles au milieu de mai 1889. Le 2 juillet 1889, avortement spontané, à l'occasion duquel on découvre le cancer du col.

Hystérectomie vaginale le 24 juillet 1889 par le professeur Winter. La malade en 1897, 7 ans et demi après l'opération, était en bonne santé.

Obs. X. — *Grossesse de 5 mois. Cancer du col. Hystérectomie vaginale. Pas de récidive 21 mois après l'opération.* — Winter, *Gyn. Journal*, 1899, n° 306, et K. Hense, *Zeit. für Geburt. und Gynæk.*, 1901, t. XLVI.

X..., 32 ans, 2 accouchements antérieurs ; grossesse de 5 mois. Cancer de la lèvre postérieure du col. Hystérectomie vaginale le 28 juillet 1899.

Au mois d'avril 1903, la malade examinée ne présente pas de récidive (Hense).

Obs. XI. — *Cancer du col. Grossesse de 3 mois. Hystérectomie vaginale ; 4 ans et demi après l'opération, pas de récidive.* — Hofmeier, in Kultenberg, Les résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cancer du col. *Zeit. für Geburt. und Gyn.*, Bd. XXIII, p. 115.

Femme Es..., 36 ans, grossesse de 8 mois. Cancer du col au début, portant sur la lèvre postérieure. Les ligaments larges sont libres. Le 13 février 1887, hystérectomie vaginale (Hofmeier). La pièce a été présentée devant le congrès de chirurgie le 15 avril 1887. La malade est revue en juin 1891, quatre ans et demi après l'opération, et n'a pas de récidive.

Obs. XII. — *Cancer du col. Hystérectomie vaginale quelques jours après l'accouchement. Pas de récidive un an après l'opération.* — Hofmeier, in Franque, Du cancer du col de l'utérus et de son traitement par l'hystérectomie vaginale. *Zeit. für Geburt. und Gyn.*, Bd. XLIV.

Femme M. J. ., 37 ans, 12 accouchements antérieurs. Quelques jours après son dernier accouchement, hémorragie vaginale, à l'occasion de laquelle on constate un cancer du col, portant sur la lèvre antérieure. Hystérectomie vaginale (Hofmeier) le 19 août 1899. Revue pendant l'automne 1900, il n'y a pas de récidive (Hense) (1).

Obs. XIII. — *Cancer du col. Grossesse de 2 mois. Hystérectomie vaginale. Pas de récidive 2 ans après l'opération.* — Brenneke. *De l'hystérectomie vaginale pour cancer du col pendant la grossesse.* — In Mohr (Thèse de Halle, 1889).

F. X..., 38 ans, 7 accouchements antérieurs. Dernières règles le 20 décem-

(1) Hense, *Loc. cit.*

bre 1886. Depuis plusieurs mois, hémorragies vaginales en dehors du moment des règles. Le 21 février, la malade venait se faire examiner, se plaignant de douleurs de reins.

On constate un cancer du col. La lèvre antérieure est ulcérée et bosselée. Le bord et la base de celle-ci sont durs, infiltrés. Cette tumeur s'étend le long de la paroi antérieure dans l'intérieur du canal cervical. Un morceau de cette tumeur ayant été prélevé fut examiné au point de vue histologique. il s'agissait bien d'un épithélioma.

Grossesse de 2 mois environ. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée le 17 février 1887.

La malade revenue en 1889, deux ans après, n'a pas de récidive et se réjouit de son excellente santé.

Obs. XIV. — *Cancer du col. Grossesse de un mois et demi. Hystérectomie vaginale. Pas de récidive 3 ans après l'opération.* — Landau, in thèse de Mohr.

F. J..., 32 ans, 2 accouchements antérieurs et une fausse couche. Utérus gravide d'un mois et demi. Hémorragies vaginales, qui font découvrir le cancer. Hystérectomie vaginale (Landau). La pièce enlevée a été présentée par le docteur Gottschalk devant la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, le 14 mai 1887.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux. En 1900, 13 ans après l'opération, la malade est en bonne santé (Hense)(1).

Obs. XV. — *Cancer du col. Grossesse de 2 mois. Hystérectomie vaginale. Pas de récidive 5 ans et demi après l'opération.* — Fehling, De la conduite du chirurgien dans les cas de cancer de l'utérus coïncidant avec la grossesse. *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1897, Bd. LXVII.

F. L. K..., 29 ans, entrée à la clinique le 10 septembre 1894. 5 accouchements antérieurs. Dernières règles en juin 1894. Depuis le mois d'avril, écoulements de sang à la suite du coït. Pas de douleurs, mais amaigrissement notable. Le col présente une tumeur dure, de la grosseur d'une noix, saignant facilement, et de laquelle on peut détacher de petits fragments. Utérus mou ; les ligaments larges sont libres.

Diagnostic. — Cancer du col. Grossesse de 2 mois. Le 11 novembre 1894, ablation totale de l'utérus et des annexes, par la voie vaginale (Fehling).

En 1897, l'opérateur apprend par une lettre de son médecin que la malade est bien portante (3 ans après l'opération). Revue le 9 mai 1900, 5 ans et demi après, elle est toujours en excellente santé (Hense).

Obs. XVI. — *Cancer du col. Hystérectomie vaginale quelques jours après l'accouchement. 2 ans et demi après il n'y a pas de récidive.* — Fehling, *Ibid.*

F.-W. Scho., 38 ans, 9 accouchements antérieurs, le dernier fin mai 1897.

(1) Hense, *Loc. cit.*

Le 1er juin elle eut une hémorragie grave. Son médecin constate une tumeur et nous l'envoie.

Le 8 juin 1897, hystérectomie vaginale (Fehling). L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux.

Le 7 mars 1900, la malade est bien portante (Hense), par conséquent 2 ans et 9 mois après l'opération.

Obs. XVII. — *Cancer du col. Accouchement d'un enfant vivant, suivi immédiatement d'une hystérectomie vaginale. Pas de récidive 3 ans et 9 mois après l'intervention.*— Fritsch, Sur un cas d'hystérectomie vaginale pour cancer du col à la fin de la grossesse. *Centralblatt für Gynæk.*, 1898, n° 1.

F. M. C..., quatre accouchements antérieurs normaux. Dernières règles en novembre 1895. Premiers mouvements du fœtus en mars. Pendant toute la durée de sa grossesse, hémorragies régulières et peu abondantes.

État de la malade le 25 juillet 1896 : Personne assez bien portante. La tête de l'enfant est mobile au-dessus du bassin. La partie antérieure du col présente une tumeur de nature cancéreuse non douteuse. On peut enfoncer le doigt dans cette masse qui occupe la lèvre antérieure et s'étend sur le côté droit jusqu'à la lèvre postérieure. Quant au côté gauche du col, il est absolument intact. J'avais l'intention de faire le lendemain l'opération césarienne, suivie de l'extirpation abdominale de l'utérus cancéreux. La malade fut préparée pour cette intervention ; mais dans la nuit elle prit des douleurs, et quand j'arrivai, la dilatation avait un diamètre de 6 centimètres, et l'examen montrait que le col était dilatable.

Terminaison de l'accouchement au forceps, délivrance artificielle. Enfant vivant de 49 centimètres de long.

Immédiatement, je pratiquai l'hystérectomie vaginale (Fritsch).

L'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'un cancer.

Actuellement, en 1898, un an après l'opération, j'apprends par son médecin qu'elle n'a pas de récidive.

En 1901, 3 ans et 9 mois après l'opération, elle est en bonne santé (Hense).

Obs. XVIII. — *Grossesse de 2 mois. Cancer du col. Hystérectomie vaginale.* Fritsch, in Kunschert, Thèse de Bonn, 1896.

F. X..., 35 ans, 8 accouchements antérieurs. Cancer du col. Grossesse de 2 mois. Hystérectomie vaginale.

Un an après l'opération, la malade est en bonne santé et n'a pas de récidive (Hense).

Obs. XIX.— *Cancer du col. Hystérectomie vaginale après l'accouchement. Pas de récidive 10 ans après l'opération.* — Dohrn, in Arlat, *De l'hystérectomie vaginale pour tumeur maligne de l'utérus*. Kœnigsberg, 1894.

J.-F. K..., 32 ans, 2 accouchements antérieurs, le dernier il y a 2 mois. Après l'expulsion du placenta, il se produisit une très forte hémorragie. Les

règles ne sont pas revenues, mais seulement un suintement sanguinolent. Le col est épaissi par une tumeur bosselée, friable.

Les ligaments larges sont libres.

Diagnostic, Cancer du col.

Hystérectomie vaginale (Dohrn) le 10 septembre 1891. En 1892, la malade revue ne présente aucune récidive dans sa cicatrice.

En 1901, 10 ans après l'opération, Hense apprend par son médecin qu'elle est bien portante, pesant 93 kilogrammes.

Obs. XX. — *Grossesse de 5 mois. Cancer du col. Hystérectomie vaginale. Pas de récidive 8 ans après l'intervention.* — Theihaber, Du traitement de l'utérus cancéreux pendant la grossesse et les suites de couches. *Archiv für Gyn.*, Bd. XLVII, 1894, et Hernandez, *Annales de Gynécologie*, 1894.

F. R..., 36 ans, 6 accouchements antérieurs ; grossesse actuelle à 5 mois et demi environ. Depuis 4 mois, hémorragies vaginales assez abondantes. Portion vaginale du col transformée dans ses 4/5 environ en une masse en chou-fleur. Portion supra-vaginale indemne, semble-t-il.

Hystérectomie vaginale totale après accouchement prématuré artificiel (20 juillet 1893) (Theihaber). Elle fut aisée, en raison de la laxité que l'accouchement avait laissée aux organes (vagin, appareil de contention de l'utérus) Suites opératoires compliquées de fièvre pendant les 8 premiers jours. La malade est revue 10 mois après ; elle est en excellente santé, mais la cicatrice vaginale est trouvée épaissie et probablement il s'agit d'un début de récidive.

Cette observation est rapportée par Hense (*Zeit. für Geburt. u. Gyn.*, 1901). La malade est en bonne santé à ce moment, 8 ans après l'opération. Il s'agissait d'une induration inflammatoire.

Obs. XXI. — *Grossesse de 7 mois. Cancer du col. Césarienne vaginale. Mort de l'enfant. Pas de récidive 3 ans et demi après l'opération.* — Mittermaier, Du traitement de l'utérus cancéreux pendant la grossesse. *Centr. für Gyn.*, 1898, n° 1.

X..., 43 ans, 8 accouchements antérieurs ; début de la grossesse au commencement de mars 1897. Depuis le mois de juin, hémorragies vaginales.

Lorsque je vis la malade, elle était enceinte de 7 mois ; le fond de l'utérus était à égale distance de l'ombilic et du rebord costal.

L'enfant était vivant.

Cancer du col portant sur le bord gauche et s'étendant sur les lèvres postérieure et antérieure.

Le bord droit était intact, ainsi que le canal cervical.

Le 17 septembre 1897, opération césarienne vaginale. On retire un enfant vivant, mais il mourut bientôt après. L'enfant avait 38 centimètres de longueur et pesait 1.450 grammes.

Suites opératoires normales.

En avril 1901, 3 ans et demi après l'opération, la malade est en bonne santé (Hense).

Obs. XXII. — *Cancer du col. Grossesse à terme. Césarienne vaginale, suivie de l'hystérectomie. Enfant vivant. Pas de récidive 2 ans et 9 mois après l'opération.* — Thorn, Thérapeutique du cancer de l'utérus à la fin de la grossesse. *Münchener medicinische Wochenschrift*, n° 21.

F. H..., âgée de 40 ans, 7 accouchements antérieurs. Dernières règles au commencement d'octobre 1897.

Depuis décembre, pertes sanguinolentes ; depuis mai 1898, fortes hémorragies.

État présent. — Grossesse à terme ; grosse tumeur en chou-fleur, ulcérée, de la grosseur d'un petit poing, sur la lèvre postérieure du col. La muqueuse vaginale ainsi que le paramétrium sont libres.

Opération le 5 juillet 1898. Désinfection et cautérisation de la tumeur, section du cul-de-sac antérieur et séparation de la vessie ; incision de l'utérus suivant la ligne médiane. Rupture de la poche des eaux. Application de forceps et extraction d'un enfant vivant, au moyen de quelques vigoureuses tractions. Puis après la délivrance, extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale, extirpation qui fut très facile.

La mère se rétablit normalement et l'enfant s'est bien développé. En mai 1899, il n'y a pas de récidive.

En 1901, 2 ans et 9 mois après l'opération, la malade est en bonne santé (Hense).

Obs. XXIII. — *Grossesse de 8 mois. Cancer du col. Césarienne abdominale, puis hystérectomie vaginale. 2 ans après, pas de récidive.* — Jahreis, De quelques cas de cancer du col coïncidant avec la grossesse. *Cent. für Gynæk.*, 1899, p. 349.

X..., 2 accouchements antérieurs. Grossesse de 8 mois. Au toucher on constate sur la lèvre antérieure du col une tumeur cancéreuse qui s'étend en partie à la lèvre postérieure.

Le 4 juin 1898, césarienne abdominale, puis extirpation vaginale de l'utérus Enfant vivant.

En octobre 1900, 2 ans après l'opération, la malade est en bonne santé. (Hense).

Obs. XXIV. — *Grossesse de 2 mois. Cancer du col. Hystérectomie vaginale. Un an après pas de récidive.* — Mackenrodt, in Hernandez, *Annales de Gynécologie*, 1894.

X..., âgée de 26 ans, enceinte pour la troisième fois. Elle a eu son dernier enfant à l'âge de 21 ans. La malade qui est enceinte de 2 mois a des douleurs abdominales et de fortes hémorragies depuis 8 jours. Cancer de la lèvre postérieure du col.

Hystérectomie vaginale (Mackenrodt). Un an après, la malade est en bonne santé.

Obs. XXV. — *Grossesse de 2 mois. Cancer du col. Hystérectomie vaginale. 3 ans et demi après l'opération, pas de récidive.*— Mackenrodt, in Gellhorn, *Du résultat de l'extirpation dans les cas de cancers utérins.*

X..., 36 ans, 6 accouchements antérieurs. La malade, qui est enceinte de 2 mois, consulte pour les douleurs et des pertes. On constate une tumeur cancéreuse du col.

Hystérectomie vaginale le 14 septembre 1897 (Mackenrodt).

En avril 1901, 3 ans et demi après l'opération, la malade est en bonne santé (Hense).

Obs. XXVI. — Dmitri de Ott, *Compte rendu de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Saint-Pétersbourg*, 1894.

Cancer du col. Hystérectomie vaginale 3 semaines après l'accouchement à terme.

Pas de récidive 8 ans et demi après l'intervention (Hense).

Obs. XXVII. — Dœderlein. — Sarvey. Cancer et grossesse. *Veit's Handbuch für Gyn.*, III., *Beiträge für Geburt. und Gyn.*, II, 1899. Traitement du cancer à la fin de la grossesse.

X..., 38 ans, 9 accouchements antérieurs, cancer du col. Césarienne vaginale le 14 janvier 1899 sur un utérus gravide à terme.

En mars 1901, 2 ans et 2 mois après l'opération, la malade est en bonne santé (Hense).

Obs. XXVIII. — *Cancer du col. Grossesse de 9 mois. Césarienne vaginale, puis hystérectomie vaginale. Pas de récidive 2 ans et demi après l'opération.* — Kotschau, *Cent. für Gynœkol.*, 1899, n° 42, p. 1287.

Femme X .., 40 ans, 6 accouchements antérieurs. Cancer du col. Quelques jours avant le terme de la grossesse on décide de pratiquer l'intervention : Incision du cul-de-sac vaginal antérieur ; séparation de la vessie et de l'utérus. Ouverture du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Section médiane des parois antérieure et postérieure du col cancéreux, puis de l'utérus. Ouverture de la poche des eaux, puis version. On extrait un enfant vivant de 47 centimètres de long. La circonférence de la tête est de 30 centimètres.

Puis on pratique l'hystérectomie vaginale. Hémorragie modérée, l'opération ayant été faite facilement et rapidement. Deux ans et demi après l'opération, la malade est en bonne santé (Orthmann).

Obs. XXIX.— *Cancer du col. Grossesse de 3 mois. Hystérectomie vaginale. Pas de récidive 2 ans après l'opération.*—Orthmann, Cancer du col et grossesse. *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynœkologie*, Bd. XVIII.

Femme V..., 28 ans vient à la Clinique le 8 janvier 1900, se plaignant

(1) Orthmann : *Monatsschrift für Geburtsh. und Gynœkol.*, t. XVIII.

d'hémorragies persistantes depuis 2 mois. Celles-ci ont lieu presque tous les jours, elles sont surtout abondantes après le coït.

Réglée à 17 ans. Dernières règles, fin septembre 1899 ; 3 accouchements antérieurs, le dernier, en 1898. Pas de fausse couche.

A l'examen on constate que le vagin est profond, que le col saigne au toucher. Il est épaissi et dur. Sur la lèvre postérieure existe une tumeur dure, friable et saignante. L'utérus est gros et mou.

Diagnostic. — Cancer de la lèvre postérieure du col. Grossesse de 3 mois.

Le 11 janvier 1900, hystérectomie vaginale ; on enlève les annexes du côté gauche. L'opération fut facile et, malgré les vaisseaux très dilatés, il n'y eut pas d'hémorragies importantes. Suites opératoires simples, sans fièvre, et 18 jours après l'opération la malade rentrait chez elle.

La pièce montra qu'il s'agissait d'un cancer en chou-fleur portant sur la lèvre postérieure du col et ayant envahi le vagin du côté droit.

Sur une coupe sagittale de l'utérus gravide on constate un fœtus bien conformé, ayant 5 centimètres et demi de long.

La malade revue et examinée 2 ans après l'opération est bien portante et sans récidive.

Obs. XXX. — *Cancer du col. Grossesse de 2 mois. Hystérectomie vaginale. Pas de récidive un an après l'opération.* — Orthmann, *Ibid.*

Femme H..., 39 ans, a depuis plusieurs années des pertes blanches. Dans ces derniers temps, elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre et a des hémorragies.

Réglée à 16 ans. Dernières règles le 24 octobre 1901. 6 accouchements antérieurs, le dernier il y a 3 ans. Pas de fausse couche.

Examinée le 17 décembre 1901, on constate un utérus gros, mou, en antéflexion et correspondant à une grossesse de 2 mois. Sur la lèvre postérieure et sur une partie de la lèvre droite, on suit une tumeur friable, dont on peut détacher quelques parcelles. Les annexes et le paramétrium sont sains.

Diagnostic. — Grossesse de 2 mois. Cancer de la lèvre postérieure du col. Excision d'un fragment de la tumeur en vue de l'examen histologique. Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux du col.

Le 21 décembre 1901, hystérectomie vaginale, y compris les annexes.

Opération facile, sans hémorragie.

A l'ouverture de l'utérus on trouve un fœtus de 1 centimètre de long.

Les suites opératoires furent simples, et le dix-huitième jour la malade rentrait chez elle. Examinée un an après l'opération, on ne trouva pas trace de récidive.

Un fait certain se dégage des observations que nous venons de rassembler, c'est qu'on est parfaitement en droit d'espérer une guérison radicale, dans les cas de cancer du col coïncidant avec une grossesse, en pratiquant l'extirpation totale de l'utérus, pourvu que cette opération

soit pratiquée suffisamment tôt. Si les résultats sont un peu moins bons que dans les cas de néoplasmes opérés en dehors de la grossesse, ils ne sont pas tellement mauvais qu'on ait le droit de sacrifier la mère à l'existence inconsciente et très problématique d'un fœtus, qui, comme nous l'avons vu antérieurement, n'a guère que 30 ou 35 chances p. 100 de vie, si on laisse évoluer la grossesse. On viole ainsi la grande loi d'obstétrique qui veut, lorsque l'on doit choisir entre l'intérêt de la mère et celui de l'enfant, que ce soit toujours ce dernier qui soit sacrifié (1).

Sur les 71 cas d'hystérectomies vaginales pratiquées pendant la grossesse ou les suites de couches, que l'un de nous a pu réunir dans sa thèse de doctorat (2), 11 fois l'opération a été vraiment radicale, c'est-à-dire qu'un laps de temps minimum de 4 ans s'est écoulé depuis l'opération sans que les malades aient présenté de récidive. Sur ces 71 cas, il y eut 6 morts post-opératoires et 39 récidives.

Ce minimum de 4 ans nous le considérons comme suffisant pour permettre d'affirmer l'efficacité de l'acte opératoire. En effet, parmi ces observations il y eut des cas où la récidive s'est produite dans le courant de la troisième année, mais dans aucune après la quatrième année.

Nous résumons dans le tableau suivant les observations précédentes :

Pas de récidive	13 ans après l'opération.	Landau.	Obs.	14
—	10 ans	Dohrn.	—	19
—	8 ans et demi —	Dmitri de Ott.	—	26
—	8 ans —	Theilhaber.	—	20
—	7 ans —	Winter.	—	9
—	7 ans —	Olshausen.	—	6
—	6 ans 9 mois —	Olshausen.	—	5
—	6 — —	Olshausen.	—	4
—	5 ans et demi —	Fehling.	—	15
—	4 — —	Olshausen.	—	7
—	4 — —	Hofmeier.	—	11

Dans le tableau suivant, nous constatons que le temps écoulé entre

(1) Nous tenons à faire remarquer que nous n'avons réuni que les cas d'*hystérectomies vaginales*. Mais il existe d'autres observations d'*hystérectomies abdominales* pratiquées pendant la grossesse, qui donnèrent également de bons résultats. ZWEIFEL, au Congrès de Rome, 1902, sur 19 cas d'hystérectomies abdominales ou abdomino-vaginales pratiquées par lui pendant la grossesse, en rapporte 5 restés un minimum de temps de 5 ans sans récidive.

Consulter : GLOCKNER, Résultats éloignés des opérations pour cancer pendant la grossesse. *Beiträge zur Geburts. u. Gynkœol.*, Bd. II, H. 2. GLOCKNER, *Cent. für Gynœkol.*, 1902, n° 52, p. 1025.

(2) A CONDAMIN, *Résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale pour cancer du col pendant la grossesse.* Thèse de Lyon, 1904.

l'intervention et le moment où les malades ont été reconnues bien portantes et sans récidive est insuffisant pour qu'on puisse affirmer que celle-ci ne se produira pas, mais suffisant cependant pour qu'il y ait des présomptions de guérison absolue et en tous cas suffisant pour justifier l'intervention et le sacrifice de l'enfant en faveur de la mère :

Pas de récidive	3 ans et 9 mois	après l'opération.	Fritsch.	Obs.	17
—	3 ans et demi	—	Mittermaier.	—	21
—	—	—	Mackenrodt.	—	25
—	2 ans et 9 mois	—	Fehling.	—	16
—	—	—	Thorn.	—	22
—	2 ans et demi	—	Kotschau.	—	28
—	2 ans et 2 mois	—	Doderlein.	—	27
—	2 ans	—	Brennecke.	—	13
—	—	—	Jahre.	—	23
—	—	—	Fortim.	—	3
—	—	—	Orthmann.	—	29
—	21 mois	—	Winter.	—	10
—	17 mois	—	Condamin.	—	1
—	1 an	—	Hofmeier.	—	12
—	—	—	Fritsch.	—	18
—	—	—	Orthmann.	—	30
—	—	—	Mackenrodt.	—	24
—	7 mois	—	Olshausen.	—	8
—	—	—	Condamin.	—	1

Nous pouvons donc affirmer, contrairement aux opinions émises dans ces dernières années, qu'une femme enceinte atteinte d'un cancer du col au début n'est pas fatalement perdue et qu'elle peut encore avoir quelques chances de guérison si l'on pratique à temps l'extirpation de l'organe malade.

Pendant les six premiers mois de la grossesse, la conduite que doit tenir le chirurgien qui se trouve en présence d'un cancer du col opérable ne saurait être qu'une intervention aussi prompte que possible. A partir du sixième mois, le problème devient plus complexe, car le fœtus approche de plus en plus de l'époque où il sera viable et où le chirurgien pourrait concilier les intérêts de l'enfant avec ceux de la mère, en pratiquant l'opération césarienne suivie de l'extirpation totale de l'utérus cancéreux. Dans ces cas-là, si la néoplasie est tout à fait à son début et que le chirurgien pense pouvoir attendre quelque temps la viabilité du fœtus sans porter trop préjudice à la mère, c'est-à-dire s'il espère, en attendant un mois, un mois et demi, que les progrès du cancer ne

seront pas suffisants pour empêcher de tenter l'opération radicale, il pourra attendre.

Mais si le néoplasme est déjà si avancé, quoique opérable, qu'un retard de trois semaines à un mois rendrait les chances d'une cure radicale absolument illusoires, il nous semble que le chirurgien ne devra pas hésiter à sacrifier les intérêts de l'enfant à ceux de la mère et à tenter les chances d'une opération radicale. Évidemment, dans cette appréciation de l'étendue des lésions, du plus ou moins de rapidité dans l'extension du cancer évoluant sur un utérus gravide, il y aura toujours des divergences entre les chirurgiens, divergences qui feront varier leur thérapeutique et qui feront que l'un interviendra immédiatement là où un autre aurait attendu quelque temps pour sauver l'enfant tout en essayant de guérir la mère. En tous cas, dans ces cas difficiles, et où la décision prise peut avoir de telles conséquences, il sera bon de s'entourer de toutes les garanties et au besoin de ne pas hésiter à recourir à l'anesthésie pour reconnaître aussi exactement que possible l'étendue des lésions.

Lorsque la grossesse a atteint le huitième mois, on ne doit plus avoir d'hésitation ; l'enfant est viable, et l'opération radicale s'impose après la césarienne abdominale.

Nous croyons, en effet, qu'à partir du 8e mois l'extraction de l'enfant par la voie vaginale, en pratiquant l'opération appelée par les chirurgiens allemands : césarienne vaginale, doit être l'exception et réservée aux cas où on aura affaire à des enfants petits, n'étant pas susceptibles par leur volume d'occasionner des difficultés d'extraction et par suite une perte de temps à un moment où il importe d'aller vite.

Dans ces cas il sera préférable d'employer la voie haute et de faire la césarienne abdominale, puis l'extirpation de l'utérus cancéreux, mais en prenant des précautions minutieuses pour éviter l'infection du péritoine par le moignon cancéreux, toujours très infectant, malgré les lavages et cautérisations qu'on aura pu lui faire subir antérieurement.

Quant aux contre-indications qui tiennent du cancer lui-même, elles sont les mêmes que celles du cancer du col en dehors de la grossesse, c'est-à-dire que l'intervention ne sera pratiquée que dans les cas vraiment opérables, où on pourra enlever tout le mal, au moins apparent, car pour ce qui concerne les cellules cancéreuses qui auraient déjà été transportées à distance par les voies lymphatiques, on est obligé de s'en remettre au seul hasard.

Autrement dit, ne sont pas justiciables d'une intervention tous les cas où le paramétrium est envahi, c'est-à-dire la base des ligaments larges ou le tissu cellulaire qui sépare la vessie de l'utérus, ou tout au moins ces cas ne sont plus justiciables de l'hystérectomie vaginale. D'ailleurs, dans ces cas-là, si l'on veut intervenir quand même, la récidive est à peu près fatale, et nous croyons que c'est à eux que doit être réservée la thérapeutique abstentionniste et palliative.

Pour pratiquer l'hystérectomie totale, deux voies s'offrent aux chirurgiens : la voie abdominale et la voie vaginale. Dans les cas de cancer du col coïncidant avec une grossesse, cette dernière voie parut tout d'abord impraticable, et les premiers chirurgiens qui firent l'hystérectomie totale dans ces cas-là, la firent par la voie haute, selon une technique spéciale qui a été, en 1885, décrite par Freund : aussi appelle-t-on quelquefois l'hystérectomie abdominale totale pour cancer du col au cours d'une grossesse opération de Freund. Cependant, d'autres chirurgiens ne tardèrent pas à essayer la voie vaginale dans ces cas-là. En 1889, le docteur Mohr soutenait devant l'Université de Halle une thèse faite sous l'inspiration du professeur Kaltenbach, dans laquelle l'auteur préconise cette dernière voie dans les cancers du col évoluant sur l'utérus gravide. Depuis, la plupart des chirurgiens allemands ont adopté cette voie, qui présente sur la voie abdominale un certain nombre d'avantages :

1° L'hystérectomie vaginale sur utérus gravide, malgré les apparences, n'est nullement plus compliquée, du moins jusqu'au sixième mois ou même au septième mois, que la même opération pratiquée sur l'utérus non gravide, car si le volume de ce dernier est plus considérable, en revanche les voies d'accès présentent plus de souplesse, les ligaments utérins sont plus allongés, permettent plus facilement la mobilisation et la descente de l'organe ; d'autre part, pendant la grossesse le tissu utérin lui-même est plus mou, se réduisant assez facilement de volume. Quant au contenu de l'utérus, rien n'est plus facile que de s'en débarrasser préalablement, en fendant, suivant la ligne médiane, la paroi antérieure du col jusqu'à ce qu'on atteigne la poche des eaux. A ce moment on rompt celle-ci, on pratique l'extraction du fœtus, puis celle du délivre et on peut ensuite achever facilement l'opération. Dans la plupart des articles où les auteurs allemands ont publié leurs observations, se trouve signalée cette facilité relative à l'hystérectomie vaginale sur utérus gravide, et presque tous recommandent la voie vaginale de préférence à la voie abdominale.

2° Un autre avantage de la voie vaginale dans ces cas-là, c'est que l'on voit, ou que l'on sent mieux, ce qui revient au même, les limites de la tumeur, ce qui permet d'inciser à coup sûr en dehors des limites de la néoplasie et sûrement en tissu sain. C'est là un avantage qui n'est point à dédaigner, non seulement au point de vue de la possibilité de laisser des parcelles néoplasiques, mais aussi dans la crainte des inoculations cancéreuses par le bistouri du chirurgien.

Évidemment, lorsqu'on opère par la voie abdominale, on peut supprimer cette difficulté en incisant préalablement par le vagin le pourtour du col en dehors de la zone cancéreuse, mais on associe alors les deux voies et l'on pratique une opération abdomino-vaginale. D'autre part, les partisans de la voie abdominale prétendent que l'on peut plus facilement, en opérant par en haut, apercevoir et enlever les ganglions cancéreux. Mais s'il y a des ganglions, il est bien probable, il est certain qu'on ne pourra tous les enlever et que la récidive se produira tout de même.

3° Si l'on pratique l'hystérectomie par la voie vaginale, les chances d'infection du péritoine par le moignon cancéreux, qu'il est toujours très difficile de désinfecter complètement, sont bien réduites, surtout si l'on emploie le procédé préconisé et employé par l'un de nous dans les deux cas qui nous sont personnels. Ce procédé, bien décrit dans la thèse de Clupot (1), se recommande par la simplicité et la facilité de l'hémostase.

L'un des temps seuls, dans le cas qui nous occupe d'hystérectomie sur utérus gravide, est un peu plus compliqué.

L'acte opératoire peut en effet être décomposé dans les temps suivants :

1er *temps*. — Après préparation de la malade comme pour toute opération, purgation la veille, désinfection, etc., la malade est placée sur la table gynécologique, les cuisses écartées et ramenées sur le ventre au moyen de béquilles *ad hoc*. On sectionne les parties saillantes de la tumeur cancéreuse ; il sera même quelquefois avantageux de cautériser la surface cancéreuse au Paquelin ou avec une solution concentrée de chlorure de zinc. Ceci fait, on saisit la lèvre antérieure du col au moyen de la pince de Péan et on l'attire ainsi fortement en bas et en arrière :

2e *temps*. — Incision du cul-de-sac vaginal antérieur sur la lèvre antérieure du col. Libération des tissus vaginaux et séparation de la vessie de la

(1) Clupot, *De l'hystérectomie vaginale sans incision préalable des culs-de-sac postérieur et latéraux*. Thèse de Lyon, 1898.

paroi antérieure de l'utérus. Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur;

3e *temps*.—Section suivant la ligne médiane de la lèvre antérieure du col, puis de la paroi antérieure de l'utérus en repérant les tranches de section au moyen de deux pinces qui servent en même temps de pinces de traction. A mesure que la section avance, on porte les pinces de plus en plus haut.

A un moment donné, on arrive sur la poche des eaux que l'on rompt, on pratique l'extraction du fœtus par la version ou tout autre moyen, ainsi que celle du délivre, puis on continue la section médiane jusqu'au moment où on peut faire basculer le corps qui vient se loger complètement dans le vagin. Cette bascule du corps, malgré son volume, est possible, relativement facile même grâce à l'état de mollesse du muscle utérin pendant la grossesse, et cela jusqu'au septième mois de la grossesse.

Cette section médiane de la paroi antérieure du col et du corps utérin saigne relativement peu, surtout si on la pratique aux ciseaux, qui font déjà un certain degré d'hémostase. C'est là un point sur lequel insistent bien les auteurs allemands qui se sont occupés de la césarienne vaginale (1).

4e *temps*. — On place deux pinces à forcipressure courbes assez fortes qui saisissent les ligaments larges de haut en bas, et qui viennent se rejoindre au niveau du cul-de-sac postérieur, dont on a la possibilité de réséquer une partie, si l'on a affaire à un cancer de la lèvre postérieure du col, s'étendant sur la muqueuse vaginale du cul-de-sac postérieur.

5e *temps* — Il ne reste plus qu'à sectionner les ligaments larges et la paroi vaginale postérieure en dedans des pinces, que l'on laissera à demeure pendant 48 heures, à moins que l'on ne préfère faire l'hémostase par des ligatures.

Un avantage important de ce procédé, c'est non seulement la facilité de l'hémostase, mais aussi le peu de sang que l'on a au cours de l'opération. Il permet d'éviter au début de l'opération l'incision de deux parties vasculaires : les culs-de-sac latéraux et les points d'union des culs-de-sac latéraux avec le cul-de-sac antérieur.

Lorsque la tumeur siège sur la lèvre postérieure, il n'est pas rare de voir la néoplasie s'étendre du côté des parois vaginales postérieures ou latéro-postérieures. Dans ces cas-là il sera beaucoup plus facile de décoller de haut en bas cette paroi et d'enlever ainsi d'un seul coup toute la masse cancéreuse.

(1) *De la césarienne vaginale pour cancer du col au sixième mois de la grossesse.* Thèse de Gros, Kiel, 1900.

Enfin, on évite sûrement ainsi les chances d'infection du péritoine par le moignon cancéreux.

Une objection que l'on pourrait faire à ce procédé est la suivante : lorsque la tumeur siège sur la lèvre antérieure du col et déborde du côté de la muqueuse vaginale, il devient inapplicable. Mais dans ce cas-là, ou bien la muqueuse vaginale est seule envahie sur une faible étendue, et alors il sera possible d'inciser en avant de la tumeur et d'aller atteindre le cul-de-sac antérieur péritonéal en passant en avant du néoplasme, ou bien les lésions sont plus avancées, le tissu cellulaire qui sépare la vessie du col utérin est infiltré, ce qui constitue pour nous une contre-indication opératoire ou tout au moins, si l'on veut, une contre-indication de l'hystérectomie vaginale. Car dans un cas semblable, si l'on veut tenter quelque chose, on sera obligé de faire une opération très étendue, très grave, de réséquer une portion de la vessie dans une zone particulièrement dangereuse, au voisinage des uretères, pour voir ordinairement la récidive se produire avec une extrême rapidité et la malade mourir peut-être plus rapidement que si on avait laissé évoluer son cancer.

En résumé :

1° En présence d'un cancer du col opérable constaté pendant le cours de la grossesse, le devoir du chirurgien est d'intervenir, car : *a*) En pratiquant à temps l'hystérectomie totale, on peut avoir la chance de sauver la mère ; *b*) les chances de vie du fœtus, si on laisse évoluer la grossesse, sont très réduites.

2° Si le paramétrium (ligaments larges, paroi vésicale) est envahi, la mère est perdue ; on n'aura plus à s'occuper que de l'enfant.

3° Pendant le sixième et le septième mois de la grossesse, si le cancer est tout à fait au début et que le chirurgien pense, en attendant un mois ou deux, pouvoir encore faire une opération radicale, il pourra attendre la viabilité du fœtus.

Dans le cas contraire, si le cancer est encore opérable, et s'il ne doit plus l'être quelque temps après, il faudra intervenir sans s'inquiéter du fœtus.

4° Le procédé de choix est l'hystérectomie vaginale par bascule du corps utérin, sans incision préalable des culs-de-sac vaginaux latéraux et postérieur.

5° A partir du moment où l'enfant a atteint un certain volume, c'est-à-dire à partir du huitième mois, on devra intervenir par la voie abdominale, la césarienne vaginale ne devant être discutée que lorsque l'on a des présomptions sérieuses sur le petit volume de l'enfant.

LA LUTTE CONTRE LE CARCINOME DE L'UTÉRUS

Par le docteur **Guillaume Rossier**, professeur de clinique obstétricale à l'Université de Lausanne (1).

MESSIEURS,

Dans l'histoire du carcinome utérin, tel que nous le connaissons aujourd'hui, il y a deux points capitaux, qu'il importe de faire ressortir d'emblée ; le premier, c'est que le carcinome utérin est guérissable ; le second, que chaque retard apporté à l'extirpation totale de l'utérus cancéreux présente pour la malade un danger considérable.

Et cependant combien ne pèche-t-on pas contre ces deux faits généralement admis ! Si le carcinome utérin est guérissable, pourquoi ne constatons-nous guère plus de 10 p. 100 de guérisons ?

Si nous connaissons le danger de l'attente, pourquoi 45 à 50 p. 100 des cas qui s'adressent au chirurgien sont-ils inopérables ? Cela tient à des causes multiples, sur lesquelles je désire attirer très sérieusement votre attention.

La guérison du cancer est certaine si tout l'utérus est enlevé dès le début du mal.

La lutte contre le cancer utérin revient en résumé au diagnostic hâtif de cette affection. Presque tout le mérite de la guérison appartient à celui qui découvre le carcinome à son début, l'opérateur n'étant ici qu'un instrument de salut dont la tâche est facile.

Mais le diagnostic clinique certain dès le début est-il possible ? Non, il est impossible. A ce moment, la clinique ne nous apporte qu'un diagnostic *probable*. A nous, Messieurs, de transformer ce diagnostic probable en une certitude par tous les moyens d'investigation dont nous disposons, et qui aboutissent tous au *diagnostic microscopique*.

Un résultat microscopique affirmatif nous donne la certitude du diagnostic ; un résultat microscopique négatif, accompagné de signes cliniques probables, nous engage à ne pas perdre la malade de vue, à lui continuer notre surveillance.

---

(1) Conférence faite devant la Société Vaudoise de médecine le 14 janvier 1905.

Vous me direz, Messieurs, surtout ceux de nos confrères surchargés de besogne, ou ceux qui, moins surchargés, ne possèdent plus la technique ou la science de l'examen des coupes microscopiques, que nous formons là un vœu inutile et irréalisable.

Ce n'est nullement notre avis. Les moyens dont nous disposons pour acquérir le matériel nécessaire à l'examen microscopique sont si simples que chaque médecin peut les employer. A chacun ensuite d'examiner ou de faire examiner par un homme compétent les préparations obtenues.

Permettez-moi, Messieurs, de vous remettre brièvement en mémoire les *symptômes cliniques* du carcinome utérin à son début. Il n'existe pas de signes pathognomoniques de ce début ; la probabilité du diagnostic se base sur l'ensemble des symptômes. Cependant il en est un qui retiendra toujours notre attention : ce sont *les pertes de sang vaginales*. Celles-ci se présentent sous deux formes: ménorragies et métrorragies. Chez une femme qui n'a pas atteint la ménopause, les règles trop abondantes ou trop prolongées doivent nécessiter un examen vaginal exact. Les causes de ces symptômes sont multiples : fibrome, polype, endométrite, carcinome ; sans examen vaginal, pas de diagnostic.

Chez une femme entrée dans l'âge critique qui perd du sang après une cessation plus ou moins longue de ses règles, l'examen vaginal s'impose doublement : *il y a soupçon grave de carcinome.*

Chaque hémorragie climatérique est suspecte, chaque hémorragie post-climatérique est plus suspecte encore.

La Société hollandaise de gynécologie lança en 1902 une circulaire à ce sujet. Elle constate que sur 123 hémorragies survenues après le climax, 63 étaient dues à des carcinomes.

De même chaque hémorragie qui se produit au moindre contact (post coïtum, après une injection vaginale, etc.) est suspecte. Sur 10 hémorragies post coïtum, Stratz trouve 8 fois un carcinome.

Les pertes de sang d'une et d'autre nature constituent donc le symptôme capital du cancer utérin.

Les autres symptômes, sur lesquels souvent on insiste trop, sont loin d'avoir la même importance.

Un *écoulement vaginal*, séreux rosé, inodore, accompagne assez fréquemment le cancer. Mais qu'on n'attende pas l'apparition de l'écoulement fétide, purulent, nauséabond ; c'est un signe de carcinome avancé, presque toujours inopérable. Trop souvent aussi on entend dire : *il n'y a pas de douleurs*, donc pas de carcinome. Il faut distinguer, au poin

de vue douleur, le carcinome de la portion vaginale et du cervix du carcinome du corps de l'utérus. Quand le carcinome de la portion vaginale et du cervix occasionne des douleurs, il est inopérable, il a dépassé les limites de l'utérus, car, à son début, il est absolument indolore.

Par contre, le carcinome du corps de l'utérus présente souvent de fort bonne heure, à côté des pertes de sang, des douleurs revenant à intervalles plus ou moins réguliers, douleurs en forme de crampes dues au suintement produit dans la cavité utérine qui provoque par moments des contractions de l'organe.

Nous plaçons à la fin de notre liste de symptômes ceux qu'on met trop souvent en tête, et qui ne devraient jamais être considérés que comme des facteurs à l'appui du diagnostic; pris isolément, ils n'ont aucune valeur quelconque.

Ce sont l'état général, l'hérédité, l'âge de la malade.

L'*état général* est toujours excellent au début du cancer; attendre la cachexie est un verdict de condamnation; nous avons vu même fréquemment des cancers de l'utérus inopérables chez des femmes d'aspect absolument florissant.

L'*hérédité* doit être prise en considération pour nous engager à redoubler d'attention.

L'*âge* d'une malade atteinte de cancer utérin est si variable qu'on ne doit en tenir compte qu'avec réserve. Dans le tiers des cas, c'est vers la quarante-cinquième année que paraît la maladie; dans les deux autres tiers, c'est entre 30 et 40 ans, entre 50 et 60 ou même au-dessus de 60.

Enfin, l'on peut dire que des accouchements répétés semblent plutôt favorables au développement du cancer de l'utérus. Hofmeier a démontré que, sur 800 femmes atteintes de cette maladie, 760, soit 95 p. 100, avaient eu la moyenne élevée de cinq enfants.

Nous venons de passer en revue les symptômes du cancer utérin. Dès que le moindre soupçon a pris naissance dans notre esprit, *la chasse au carcinome* doit commencer.

La première et seule chose à faire dans ce moment-là, celle qu'aucun médecin ne devrait jamais négliger, c'est, nous le répétons, le *toucher vaginal*.

Nous ne parlons pas ici des cas de cancer avancé qui ne font de doute pour personne, où un toucher d'une seconde suffit pour établir le diagnostic, mais bien des cas de début.

Le carcinome de la portion vaginale se présente sous deux aspects:

d'abord sous la forme d'un noyau dur situé dans l'épaisseur de la portion et qu'on pourrait confondre avec un fibro-myome. L'excision exploratrice et l'examen microscopique nous renseignent. Son second aspect, fort différent du premier, est celui d'une perte de substance superficielle qu'il peut être difficile de distinguer d'une simple érosion. L'érosion donne au doigt une impression de dépoli; sa surface est molle, comme veloutée; elle ne saigne guère au toucher léger. L'ulcération carcinomateuse est plus granulée, s'écrase à la pression, saigne au moindre contact.

Il est rare que nous ayons recours au spéculum. Dans les cas douteux, on l'utilisera et l'on verra que l'érosion se perd graduellement dans le tissu sain; elle est d'un rouge bleu, est légèrement élevée au-dessus de la muqueuse intacte; la portion contient fréquemment des ovules de Naboth. Le carcinome a des limites plus nettes, est d'une teinte jaune mat, et sa surface se trouve un peu au-dessous du niveau de la muqueuse saine.

Le carcinome du cervix se présente aussi sous deux aspects : comme un noyau de la paroi du col ou comme une ulcération de sa muqueuse.

Le carcinome du corps de l'utérus, au début, n'accuse sa présence par aucun signe extérieur; le corps peut n'être qu'à peine augmenté de volume, la portion est normale, le canal cervical fermé. Cette localisation est plus fréquente qu'on ne le pense en général, car pour sept carcinomes du col, on en rencontre un du corps.

Comme nous le disions tout à l'heure, le carcinome de l'utérus, à son début, ne peut être reconnu cliniquement d'une manière certaine; ses symptômes ne nous permettent que de le soupçonner; parfois, le toucher ne nous révèle rien d'anormal (surtout pour le carcinome du corps).

Nous ne nous en tiendrons donc pas là et nous aurons recours, pour assurer notre diagnostic, *à l'excision exploratrice*, quand il s'agit d'une localisation de la portion ou du cervix; au *curettage explorateur*, si l'on soupçonne une affection du corps.

Il est à peine besoin de décrire l'excision exploratrice : un spéculum à valve, une pince tire-balle, une forte pincette à griffe, un bistouri ou une paire de ciseaux, un porte-aiguilles, une aiguille courbe armée de catgut et de la gaze iodoformée, suffisent à cette petite intervention qui, à condition d'être aseptique, ne présente ni difficulté, ni danger; il faut cependant retenir un point: l'anatomiste, pour faire un diagnostic, a besoin d'une parcelle large d'un demi-centimètre environ, épaisse de un centimètre, excisée à la limite du tissu sain et du tissu malade.

Le curettage explorateur doit être fait exactement et comprendre sur-

tout les parties plus proéminentes de la paroi utérine de manière à ramener des parcelles suffisantes. Souvent, le diagnostic devient évident au cours du curettage; on a bien des chances de ne découvrir aucune affection maligne si la curette donne partout une sensation uniforme et ne ramène que des lambeaux de muqueuse. Si, par contre, on voit des morceaux blanchâtres, si la curette semble par places enfoncer dans des masses molles, inégales, le carcinome est plus vraisemblable.

Le diagnostic posé, une seconde question reste à résoudre : *l'opération radicale du carcinome est-elle encore possible et offre-t-elle assez de chances d'une guérison définitive ?*

Pour moi, tout cas est radicalement opérable quand la maladie n'a pas dépassé les limites de l'utérus. Un examen minutieux des ligaments larges est donc nécessaire; sont-ils souples, le cas est favorable. Sont-ils indurés, résistants, il faut encore établir si la résistance est due à une ancienne paramétrite ou bien à l'infiltration carcinomateuse, chose souvent fort difficile ; une appréciation exacte du début des symptômes, de l'anamnèse, de l'état du carcinome utérin, peut nous éclairer. Il est parfois utile d'attirer l'utérus à l'aide d'une pince tire-balle pour juger de sa mobilité ; on ne négligera pas non plus de pratiquer, outre le toucher vaginal, le toucher rectal, pour juger de l'état des ligaments recto-utérins.

Il est enfin nécessaire de connaître les voies lymphatiques que peut suivre le carcinome. L'utérus et le vagin sont entourés comme d'un réseau de nombreux vaisseaux lymphatiques, qui se réunissent en trois paires principales.

Celles du col et du vagin suivent les ligaments larges et les replis de Douglas pour aboutir aux glandes situées à la jonction des artères iliaque et utérine : c'est le réseau lombaire.

Celles du corps prennent deux directions; les plus développées suivent la partie supérieure du ligament large et les vaisseaux spermatiques et aboutissent aux glandes situées en avant de l'aorte abdominale : c'est le réseau aortique. Une petite partie des lymphatiques du corps suit les ligaments ronds et aboutit aux glandes inguinales : c'est le réseau inguinal.

Nous voyons donc que le carcinome du corps gagnera tout d'abord le réseau aortique et seulement plus tard le réseau lombaire ; que celui du col gagnera d'emblée le réseau lombaire.

Le diagnostic établi et le cas reconnu opérable, il nous reste un devoir souvent difficile, à remplir. Le carcinome, à son début, occasionne si

peu d'inconvénients à la malade qu'elle ne se croit jamais sérieusement atteinte. L'absence si fréquente de douleurs, les pertes de sang parfois très légères, l'état général excellent, ne la préparent en aucune façon à l'idée d'une intervention opératoire.

Peut-on éviter de prononcer le mot de cancer? la chose est préférable, à condition que la malade souscrive, sans perte de temps, à une extirpation totale. Mais au cas où elle voudrait temporiser, se fiant à l'absence de symptômes subjectifs graves, il faut en venir aux grands moyens et lâcher le mot cruel, mais en tempérant cette déclaration par l'annonce d'une guérison très probable. Devant le dilemme d'un cancer continuant son œuvre destructive ou de sa prompte extirpation, je n'ai pas encore obtenu de refus.

Pour amener à l'opération, autrement dit à la guérison, le plus de cas possible, pour abaisser dans notre pays la mortalité par le carcinome utérin, il nous faut donc *chercher* le carcinome dès que nous le soupçonnons et ne jamais attendre que le diagnostic soit facile et évident, car alors il est presque toujours trop tard. Notre but à tous doit être de reconnaître le cancer le plus tôt possible. Pour cela, il faut que le public nous consulte à temps ; il faut ensuite que le médecin ne temporise pas et, ayant découvert le carcinome, convainque la malade de la nécessité de l'extirpation totale ; il faut aussi que les sages-femmes soient renseignées sur les dangers de chaque retard apporté au diagnostic de cette maladie pour qu'elles adressent de suite au médecin tous les cas à symptômes suspects.

*
* *

Le professeur Winter, de Königsberg, a engagé une campagne très courageuse et très énergique contre le carcinome, en s'adressant par circulaire aux médecins et aux sages-femmes de sa région, et au public par la voie des journaux (1).

En cinq ans, de 1898 à 1902, il a, par ces moyens, étendu, à sa clinique, la limite de l'opérabilité de 54,9 p. 100 à 71,9 p. 100, soit de 17 p. 100.

Suivons un exemple qui a donné de si bons résultats. Amenons à temps ces malades au médecin, enlevons à ces derniers le pessimisme à l'endroit du cancer qui a déjà coûté tant de vies.

Permettez-moi, Messieurs, de vous citer quelques chiffres, que

(1) *Ueber die Gefahren des Unterleibskrebses, ein Mahnwort an die Frauenwelt.*

j'emprunte au travail de Winter et à celui plus récent de Stratz, chiffres qui illustreront ce que nous venons de dire.

Sur 404 femmes atteintes de carcinome de l'utérus, 253 (62 p. 100) se sont adressées d'emblée à leur médecin.

Il nous semble naturel que le médecin pratique le toucher dans chaque cas présentant des symptômes gynécologiques; eh bien! sur 380 médecins consultés dans des cas de carcinome, 57, soit 15 p. 100, n'ont pas pratiqué le toucher.

Il y a deux manières de pécher gravement vis-à-vis de la malade : la première, c'est d'attendre que le diagnostic soit évident; la seconde, c'est d'ordonner dans des cas suspects des injections, de pratiquer des cautérisations qui font perdre le temps et peut-être la dernière occasion de guérir. Que dirait-on d'un médecin, consulté pour des symptômes cardiaques et pulmonaires, qui négligerait l'auscultation et prescrirait de la caféine ou un expectorant; et cependant, d'après la statistique de Winter, 15 médecins sur 100 ont été dans ce cas!

Parmi les femmes adressées à la clinique de Königsberg, après examen vaginal, 54 p. 100 étaient opérables; parmi celles chez lesquelles l'examen vaginal avait été négligé pendant un certain temps, 38 p. 100 étaient opérables; donc, de ce fait, 16 p. 100 de femmes sacrifiées.

Pour résumer notre manière de voir, nous dirons que chaque femme atteinte de perte de sang non menstruelle devrait être examinée avec le plus grand soin et que l'investigation doit porter sur le corps aussi bien que sur le col de l'utérus. L'anamnèse donne-t-elle le moindre soupçon de carcinome, il faut emporter le diagnostic d'assaut, avoir recours à l'excision exploratrice, au curettage explorateur, à l'examen microscopique et ne pas prendre de repos qu'on ait répondu sans équivoque par l'affirmative ou la négative. Si oui, la malade doit être adressée *de suite* à l'opérateur, et, si elle hésite, ne craignons pas de lui faire entrevoir la nature de son mal et la nécessité d'une intervention immédiate.

*
* *

D'après l'enquête de Winter, le nombre des femmes qui s'adressent d'abord à une sage-femme est de 14,6 p. 100.

En 1891, 22 p. 100 des cas seulement étaient envoyés au médecin: 78 p. 100 étaient condamnés.

Que faire devant cet état de choses? Éclairer les sages-femmes.

Suivant l'exemple de Winter, j'ai fait paraître, dans le numéro de jan-

vier 1904 du *Bulletin mensuel de la Société vaudoise des sages-femmes*, un article sur le cancer de la matrice ; ce même article a paru dans les éditions française et allemande de mon *Aide-mémoire de la sage-femme*.

A chaque cours de sages-femmes, une leçon est consacrée spécialement à ce sujet.

Dans le numéro de décembre 1904 du *Bulletin mensuel*, le docteur de Seigneux discute avec clarté cette question si importante.

Nous ne devons pas apprendre aux sages-femmes à poser le diagnostic du cancer utérin, mais à envoyer sans perte de temps les cas suspects au médecin.

*
* *

Beaucoup de femmes ne s'adressent ni au médecin, ni à la sage-femme. Ne connaissant pas les risques auxquels elles s'exposent, elles négligent souvent pendant un mois les premiers symptômes du cancer (perte de sang anormale). D'après une intéressante enquête de Winter, sur 1.062 femmes atteintes de cancer utérin, 135 seulement ont consulté le médecin dans le cours du premier mois; 283 ont attendu 3 mois; 118, 6 mois ; 126, 9 mois, et 81 un an avant de le consulter.

Le degré d'opérabilité dépend en partie de la classe spéciale à laquelle appartient la malade ; dans sa clientèle privée, Winter compte 70 p. 100 de cas opérables ; dans sa clientèle hospitalière, seulement 55 p. 100.

Entre les femmes de la ville et celles de la campagne, il existe un rapport analogue à l'avantage des citadines. Elles donnent 74 p. 100 de cas opérables, et les campagnardes, 51 p. 100.

Notre devoir est d'éclairer le public sur cet important sujet : il faut, d'une part, lui montrer quels sont les symptômes de début, de l'autre le convaincre que le cancer n'a une réputation d'incurabilité que grâce à une intervention presque toujours trop tardive et que, pris au début, il est guérissable.

D'après Winter, en 1900, sur 350 femmes atteintes de cancer de l'utérus dans la Prusse orientale, 60 furent opérées ; 20 seulement étaient restées guéries au moment où il écrivait. Plus de 300 femmes meurent donc du cancer de l'utérus en un an.

Ces chiffres, appliqués à l'Allemagne entière, donnent une mortalité de 10 à 15.000 en un an pour le cancer de l'utérus. Ils nous montrent bien l'étendue du mal.

*
* *

Permettez-moi, Messieurs, de vous indiquer brièvement les résultats obtenus dans ma clientèle privée. Je fais complètement abstraction de mes cas de policlinique. Tous ceux encore susceptibles d'une opération étant adressés au service de chirurgie du professeur Roux rentrent de ce fait dans sa statistique.

Sur 20 cas de carcinome utérin, j'ai noté 4 carcinomes de la portion vaginale, 11 carcinomes du cervix, 5 du corps.

Onze cas étaient susceptibles d'une opération radicale (55 p. 100), 10 d'entre eux furent opérés par extirpation vaginale totale, 1 par extirpation abdominale totale.

La mortalité opératoire fut nulle.

Sur les 11 opérées, une a quitté le pays, et je n'ai pu retrouver sa trace.

Dix d'entre elles furent observées de près, 5 (cancer du cervix) ont récidivé, 5 sont encore indemnes.

La mort survint par suite de récidive :

Dans 2 cas, 12 mois après l'opération ;

Dans 1 cas, 13 mois après l'opération ;

Dans 1 cas, 17 mois après l'opération.

Fait intéressant à signaler :

Sur ces 4 malades, 2 étaient luétiques. Elles ont présenté, l'une une carcinomatose généralisée des poumons et des ligaments larges (autopsie), l'autre une carcinomatose des glandes iliaques. La cinquième récidive a débuté 4 ans et 10 mois après l'extirpation totale; depuis un an, les grandes iliaques sont prises; actuellement, le cancer gagne les glandes inguinales et la cicatrice vaginale. Il s'agissait d'un carcinome du cervix.

Après l'extirpation vaginale totale, 4 autres cas sont actuellement libres de récidive :

Depuis 9 ans et demi, carcinome du corps ;

Depuis 2 ans 2 mois, carcinome du col;

Depuis 1 an 6 mois, carcinome du corps;

La quatrième, opérée le 14 février 1896, était bien portante le 13 décembre 1901. Nous l'avons dès lors perdue de vue.

La dernière opérée (extirpation abdominale totale) date de 2 mois et demi, carcinome du corps.

LES LIGATURES ARTÉRIELLES DANS LE CANCER INOPÉRABLE DE L'UTÉRUS

Résultats thérapeutiques. — Indications.

Par **G. de Rouville**, professeur agrégé à la Faculté de médecine (Montpellier).

L'observation suivante a été le point de départ de ce Mémoire :

Obs. — La nommée F. A., âgée de 36 ans, entre à l'hôpital suburbain, salle Desault, le 1er août 1900. Elle présente, depuis plusieurs mois, des hémorragies très abondantes, apparaissant, sous forme de métrorragies, tous les huit jours environ; dans l'intervalle de ces fortes pertes hémorragiques, la malade perd peu ou pas du tout en rouge ; son facies est celui d'une femme très profondément anémiée; sa faiblesse est extrême. Elle accuse des douleurs très vives dans le bas-ventre et les reins, irradiées dans les cuisses. Constipation. Miction normale.

Au palper abdominal, rien. Au toucher vaginal, on constate que le col a disparu en partie, rongé par une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de deux francs; cette ulcération est sèche; elle saigne pendant l'examen, et le doigt sort rougi par le sang ; l'ongle de l'index entame aisément le néoplasme.

Au toucher vaginal combiné au palper hypogastrique, on se rend compte de l'immobilité de l'utérus ; le cul-de-sac vaginal gauche est envahi par l'ulcération, et on sent un prolongement du néoplasme dans le ligament large du même côté. Au toucher rectal, on perçoit l'infiltration néoplasique gauche; mais le rectum est libre.

Diagnostic. —Cancer du col propagé au vagin ; envahissement du ligament arge gauche. Femme très amaigrie et sans résistance. Inopérabilité.

10 *août* 1900. — Ligature sous-péritonéale des deux artères hypogastriques.

Résultats. — Les hémorragies cessent dès le lendemain de l'intervention, pour ne plus reparaître jusqu'à la mort de la malade, survenue le 29 juillet 1901, c'est-à-dire un an après l'opération. Mais les douleurs ont persisté les mêmes, et l'évolution du néoplasme n'a été modifiée en rien par la ligature.

A l'occasion de ce fait, remarquable par l'action hémostatique immédiatement et définitivement réalisée par la ligature, je me suis proposé d'établir, avec le concours de mon chef de clinique, M. le docteur Martin, le bilan de cette intervention, de consigner les résultats actuels fournis par les ligatures artérielles dans les cancers utérins inopérables, de pré-

ciser autant que faire se peut, à l'aide des rares observations publiées jusqu'à ce jour, les indications de ces ligatures.

Les vaisseaux liés ont varié avec les opérateurs ; on a fait : 1° la ligature des seules hypogastriques ; 2° la ligature des seules utérines ; 3° des ligatures complexes.

1° Ligature des hypogastriques. — On a abordé ces artères par la voie transpéritonéale, ou par la voie sous-péritonéale.

A. *Procédé transpéritonéal.* — Pryor, Goullioud, Roux l'ont employé ; Kelly aussi, mais accidentellement en quelque sorte : ne pouvant, au cours d'une hystérectomie abdominale, se rendre maître d'une forte hémorragie, il lie les deux hypogastriques ; l'hémorragie s'arrête, et l'évolution du néoplasme subit, consécutivement à cette double ligature, des modifications aussi favorables qu'inattendues.

B. *Procédé sous ou extra-péritonéal.* — C'est à lui que nous avons eu recours, agissant ainsi contrairement à l'opinion presque unanime des chirurgiens, qui considèrent la voie transpéritonéale comme la voie de choix ; on dit en effet que, dans ce dernier procédé, une seule incision suffit à la ligature des deux vaisseaux, tandis que deux incisions sont nécessaires pour lier les deux hypogastriques, sans ouvrir le péritoine.

C'est incontestable, et l'argument possède, en thèse générale, une valeur considérable ; mais suffit-il, en l'espèce, à entraîner la conviction, et les inconvénients sont-ils bien grands d'une double cicatrice abdominale, chez une femme atteinte d'un cancer utérin inopérable ? Et cette considération ne réduit-elle pas à ses justes limites, fort restreintes, le danger d'éventrations ultérieures par effondrement possible de la paroi postérieure du canal inguinal ouvert pendant l'opération, et les risques d'un décollement trop étendu du péritoine signalé par Bouisson ? Que penser enfin de la difficulté opératoire ? Nous avons très simplement découvert et lié nos artères, aussi facilement à droite qu'à gauche, sans avoir, de ce côté, à nous préoccuper de la disposition anatomique du méso-côlon iléo-pelvien. La supériorité du procédé sous-péritonéal nous est, au contraire, nettement apparue chez notre malade, extrêmement anémiée par des hémorragies profuses, dont l'état général était fort précaire, et chez laquelle nous étions en droit de mettre en doute l'intégrité des reins et du cœur.

2° Ligature des utérines. — Baumgärtner, Hartmann et Fredet, Krug, Dorsett l'ont pratiquée.

A. *Par voie vaginale.* — L'infiltration fréquente des ligaments larges,

dans le cancer de l'utérus, est une des causes les plus habituelles de la non-opérabilité du néoplasme ; c'est dire que la ligature vaginale des utérines est rarement possible dans les cas qui nous occupent. Baumgärtner cependant a pratiqué cette intervention et la recommande ; mais il ne donne aucun détail sur la technique suivie par lui. En l'absence d'envahissement néoplasique des ligaments larges, la ligature vaginale des utérines est une opération simple, bien réglée, inoffensive, et qui offre, à priori, le maximum de chances d'efficacité.

B. *Par voie transpéritonéale.* — a) *Dans la fossette ovarienne* : Rumpf a imaginé ce procédé, qu'il a appliqué comme moyen d'hémostase préventive dans un cas d'hystérectomie abdominale pour cancer très étendu. Hartmann, le premier (Congrès de chirurgie, 1897), l'emploie dans un but d'hémostase atrophiante ; avec Fredet (*Revue de Chirurgie*, 1895), il en règle la technique, d'après les enseignements de Farabeuf.

L'intervention par le procédé Rumpf-Hartmann-Fredet ne peut être qu'imparfaitement hémostatique ; les vaginales, les tubo-ovariennes, les artères des ligaments ronds permettent le reflux du sang ; les pièces nécropsiques présentées par Fredet à la *Société anatomique* (1898, p. 165), et provenant de l'autopsie d'une femme opérée par Hartmann, sept mois auparavant, offrent, de ce fait, la démonstration matérielle. « Il va sans dire, dit Fredet, à la fin de la communication, qu'il serait avantageux, dans une nouvelle intervention de ce genre, de lier tous les pédicules accessibles de l'utérus, après ablation préalable, à la curette, de tous les bourgeons néoplasiques pouvant être atteints par le vagin. »

b) *A travers le ligament large* : Le procédé de Rumpf est assez facile quand la fossette ovarienne, libre d'adhérences, présente une certaine étendue transversale ; si elle est très réduite dans ses dimensions (elle peut même ne pas exister !), l'artère utérine étant alors très rapprochée du ligament large, Fredet préfère au procédé de Rumpf le procédé d'Altuchiff-Sneguireff, auquel Hartmann a eu recours dans un cas de cancer inopérable (octobre 1897).

3° Ligatures complexes. — Hartmann a lié les utérines et les utéro-ovariennes ; les utérines, l'hypogastrique droite, le tronc ombilico-utérin gauche, les deux cordons utéro-ovariens, le ligament rond droit.

Tuffier a lié les deux utéro-ovariennes et les deux utérines ; les deux utérines, les deux utéro-ovariennes, les deux ligaments ronds ; les deux utéro-ovariennes, l'utérine droite, les ligaments ronds ; il a angiothrepsié l'utérine gauche, les deux utéro-ovariennes, les ligaments

ronds; difficilement l'utérine gauche; il ne put lier l'utérine droite.

Ivanow a lié les deux utéro-ovariennes, les deux ligaments ronds, les deux utérines et les deux hypogastriques. Morestin a lié les deux utérines et les deux utéro-ovariennes. Jonnesco a lié les hypogastriques, les utérines, les artères des ligaments ronds, les vaisseaux utéro-ovariens.

Ces différentes ligatures se sont faites, en général, avec facilité. Tuffier seul dit avoir eu, dans un cas, quelques difficultés à lier l'utérine gauche et avoir dû renoncer à la ligature de l'utérine droite. Quelle qu'en soit la cause, que Tuffier n'indique pas, cet échec, de la part d'un chirurgien aussi habile et expérimenté, démontre incontestablement que la ligature des utérines, dans certains cas, exceptionnels, de cancer utérin inopérable, peut être très difficile ou même impossible.

Voyons, maintenant, les résultats fournis par ces diverses interventions.

Un fait ressort de la lecture du tableau ci-joint : quel qu'ait été le procédé de ligature employé, que l'on ait fait des ligatures uniques ou multiples, associées ou non à une action directe sur le néoplasme (curettages, cautérisations), jamais on n'a obtenu la guérison du cancer ; et l'on peut dire qu'à l'heure actuelle la valeur des ligatures artérielles dans le cancer de l'utérus est jugée, au point de vue curatif. Les illusions de la première heure se sont évanouies ; elles étaient jusqu'à un certain point légitimes, il faut bien l'avouer, au lendemain de la publication des faits de Baumgärtner (1888), de Kelly (1894), de Pryor (1897), de Tuffier (1897). On a pu alors, pendant quelques instants, entrevoir la cure possible du mal inexorable, et certains esprits, prenant leur désir pour la réalité, ont pu sincèrement parler de guérison là où il n'y avait que régression problématique du néoplasme. Nous savons en effet aujourd'hui ce qu'il faut penser des faits cités plus haut : La malade de Baumgärtner est morte deux ans après l'intervention, présentant les signes d'une sténose intestinale (?); Baumgärtner n'a pu l'examiner à cette époque et se rendre compte de l'état du néoplasme. La malade de Kelly « est mise en observation pour savoir si vraiment le néoplasme a disparu »; qu'a démontré l'observation ! Que dire de la malade de Pryor, opérée le 8 janvier 1897 et examinée pour la dernière fois un mois plus tard, le 8 février ! — Quant à la malade de Tuffier, opérée le 18 juin 1896, elle est morte le 28 juin 1898, c'est-à-dire deux ans après l'intervention, en pleine généralisation (cancer énorme de l'ovaire droit, gros ganglions abdominaux, noyaux dans le foie, le péritoine) ; elle était rentrée à la Pitié, fin janvier

1897, trois mois environ après sa présentation au Congrès de chirurgie. Aussi Hartmann et Fredet, dans leur article des *Annales de gynécologie* (février-avril 1898), publié six mois avant le Congrès de 1898 où Tuffier communique la mort, considèrent-ils encore ce fait « comme isolé et se présentant comme un cas anormal ».

En somme, après une période de ralentissement dans l'évolution du néoplasme, peut-être même de régression néoplasique (?), le cancer reprend sa marche envahissante (Baumgärtner, Tuffier) et aboutit à la généralisation (Tuffier). Les faits de Pryor et de Kelly, incomplètement observés, ne permettent aucune conclusion. Dans les autres observations publiées, l'intervention n'a en rien modifié l'évolution progressive du néoplasme. Tel est le bilan des ligatures artérielles, envisagées au point de vue de leur action curative.

Quelle est la valeur des ligatures au point de vue palliatif, et possédons-nous en elles un moyen thérapeutique efficace, digne d'être retenu et classé parmi les diverses méthodes que, chaque jour, nous mettons en œuvre contre les hémorragies, les pertes fétides et les douleurs du cancer utérin inopérable? Est-il inutile d'insister sur l'intérêt qu'il peut y avoir à multiplier les ressources de cet ordre? Qui de nous ne déplore la fréquence extrême des cancers de l'utérus qui se présentent inopérables à l'observation? Dührssen (*J. Hosp. de Botkine*, n° 2, 1900) dit qu'en Allemagne, sur 25.000 femmes qui meurent tous les ans du cancer utérin, 10 à 20 p. 100 seulement sont opérées, et le tiers seulement de ces dernières l'est dans de bonnes conditions opératoires. D'après Winter (In Sauger, *Schmidts Jahrbücher*, t. CCXXXVII), à la clinique de Berlin, de 1876 à 1883, 19 p. 100 des malades étaient justiciables d'une intervention radicale; la proportion atteint 37 p. 100 en 1890, mais elle ne dépasse pas 20 p. 100 en province. En somme, le quart des malades relève de l'intervention, et le quart seulement des opérées peut espérer la guérison; ce qui revient à dire : 93 p. 100 des malades atteintes de cancer de l'utérus n'ont rien à attendre de l'hystérectomie totale. Kroom (*Arch.* du prof. Podwissotsky, 1899, t. VIII) dit que, sur 260 malades, 15 seulement étaient justiciables d'une opération radicale, et toutes les 15 sont mortes de récidive, la première année de l'opération. Mommsen (thèse de Berlin, 1890) rapporte que sur 981 malades atteintes du cancer du col, qui se sont présentées pendant sept ans à la Clinique de Berlin, il n'y en avait que 20 p. 100 d'opérables. Les chiffres que nous obtiendrions en France, si nous établissions de semblables statistiques, différe-

raient-ils sensiblement des précédents? Sans doute, l'attaque du néoplasme par voie abdominale, si rigoureusement prônée dans ces dernières années, peut, en quelque mesure, reculer les limites de l'opérabilité; et on ne peut, dans maintes circonstances, apprécier exactement le degré d'opérabilité qu'après ouverture large de l'abdomen. Wertheim ne s'est-il pas imposé comme règle de conduite de ne décider d'une opération qu'après avoir ouvert le ventre? (Congrès de Rome, 1902). Et tel cancer, jugé inopérable par Bouilly, n'a-t-il pu être extirpé par Morestin, après constatation *de visu* de nombreuses adhérences purement inflammatoires, prises par son maître pour des traînées d'extension néoplasique? Il n'en reste pas moins vrai, en dépit de l'intérêt incontestable des considérations précédentes, que les néoplasmes utérins reconnus opérables avec chances de réel succès constituent l'infime minorité des cas qui se présentent à l'observation. Sachons donc nous borner; sachons, quand les circonstances nous y obligent, limiter notre action à l'emploi justifié des moyens palliatifs, et accueillons favorablement, après en avoir expérimenté la valeur, toute tentative nouvelle faite pour accroître les ressources de cette thérapeutique de nécessité.

L'atrophie du néoplasme n'a jamais été le but directement poursuivi par les chirurgiens, qui ont pratiqué des ligatures artérielles contre le cancer inopérable de l'utérus. Cette atrophie, que nous avons appréciée plus haut comme il convient, a été constatée par hasard ; elle fut une méprise pour l'opérateur. Instruits de la possibilité de cet effet atrophique des ligatures, les chirurgiens ont, dès lors, dans leurs observations où les hémorragies, les pertes fétides ou les douleurs avaient été les indications réelles de l'intervention, consciencieusement noté l'évolution post-opératoire du néoplasme, et dans l'immense majorité des faits que nous avons réunis, nous voyons expressément indiquée l'influence absolument nulle des ligatures sur la tumeur. Hémorragies, pertes fétides, douleurs, telles furent, en effet, les indications de cette thérapeutique nouvelle, purement symptomatique.

Voyons avec quels résultats chacune de ces indications a été remplie.

Nous avons réuni 32 observations, parmi lesquelles 19 seulement sont relatées avec assez de détails pour nous permettre de les utiliser. Des 13 autres, 8 appartiennent à Jonnesco, qui s'exprime ainsi (*Congrès international de Médecine*, Paris, 1900) :

« Huit cas de cancers inopérables de l'utérus, traités par la ligature des artères hypogastriques, des artères utérines en étages près de l'ori-

gine et aussi près que possible de l'utérus, des artères du ligament rond et des vaisseaux utéro-ovariens (veines et tissu cellulaire ambiant étant pris, autant que possible, dans les ligatures); raclage de l'utérus. Résultats : suppression des hémorragies, des écoulements, élimination spontanée des produits néoplasiques et amélioration de l'état général, pendant 6 et 10 mois, et même plus d'une année. »

Cinq appartiennent à Ivanow (VIIIe Congrès de Pirogoff, 1902), qui dit avoir fait 5 fois les ligatures des artères des ligaments ronds, des utérines et utéro-ovariennes, et des hypogastriques, pour cancer inopérable, avec résultat très satisfaisant dans tous les cas, dont un était relatif à une récidive après hystérectomie vaginale. Roux (de Lausanne) dit, au Congrès français de chirurgie 1898, « avoir pratiqué parfois la ligature des deux hypogastriques pour des cancers utérins inopérables ; l'amélioration consécutive n'a duré que quelques semaines ». Nous n'avons pu, à notre grand regret, nous procurer sur ces interventions, dont les résultats sont, en gros, favorables à la méthode, des détails suffisants pour les utiliser dans notre travail.

a) *Hémorragies.* — C'est contre elles que les ligatures ont été le plus fréquemment pratiquées. L'indication était logique ; tarir la source des écoulements sanguins d'origine néoplasique, en supprimant, de façon plus ou moins complète, l'apport du sang dans l'organe, siège du néoplasme. Et, de fait, le résultat ainsi obtenu a été, dans maintes observations, favorable, à des degrés divers. Dans les deux faits de Baumgärtner, dans un fait de Tuffier, il y a eu « arrêt des hémorragies ». Opérée en novembre 1897, la malade de Tuffier voit reparaître des hémorragies « légères » en août 1898. La malade de notre observation personnelle, opérée pour des hémorragies profuses en août 1900, meurt en juillet 1901, sans avoir vu reparaître ses hémorragies, disparues aussitôt après l'intervention. Krüg constata également l'arrêt des hémorragies chez sa malade. Il en est de même chez les opérées de Dorsett, chez celle de Tuffier (8 janvier 1898). La malade de Goullioud cesse de saigner immédiatement après l'opération ; mais les hémorragies ne tardent pas à reparaître. Il y a « simple diminution des pertes sanguines », chez la femme opérée par Hartmann, le 13 novembre 1897, « amélioration passagère » chez l'opérée du 11 août 1897. Les résultats sont précaires chez les deux malades de Morestin. Le résultat, enfin, est absolument nul chez l'opérée de Tuffier du 16 novembre 1897.

En résumé, la méthode des ligatures artérielles a fourni, dans le trai-

tement des hémorragies néoplasiques, un résultat parfait et durable (de Rouville) ; un résultat très satisfaisant (Tuffier, 13 novembre 1897) ; le résultat a été médiocre dans les observations d'Hartmann et Fredet (13 novembre 1897 et 11 août 1897), de Morestin (1896), de Goullioud (1900), de Tuffier (8 janvier 1898). L'hémorragie s'est arrêtée chez les malades de Baumgärtner, de Krüg, de Dorsett; mais nous ignorons la durée de cet arrêt des hémorragies. Enfin le résultat a été nul chez une opérée de Tuffier (16 novembre 1897).

Fait remarquable et surprenant: il n'y a pas de rapport direct entre la variété d'intervention pratiquée et le résultat obtenu. Tuffier obtint un résultat très satisfaisant (13 novembre 1897) par une opération complexe; il a lié les utéro-ovariennes, l'utérine droite, les ligaments ronds ; il a angiothrepsié l'utérine gauche et extirpé le champignon néoplasique. Le bon résultat signalé par Baumgärtner (1888) a été obtenu par la ligature des utérines par voie vaginale, l'évidement du col et des cautérisations de chlorure de zinc. Nous avons nous-même obtenu un résultat bien plus remarquable en liant les seules hypogastriques. Ces faits paradoxaux sont difficiles à expliquer, et, en particulier, l'inconstance des résultats obtenus par la ligature des hypogastriques. Cette ligature, dont nous n'avons eu qu'à nous louer au point de vue hémostatique, a donné à Goullioud (cancer et fibrome) un résultat tout à fait médiocre. Fredet rend compte, comme il suit, à la Société anatomique (1891, p. 181) de l'autopsie de la troisième opérée d'Hartmann : « La ligature de l'iliaque interne a eu un résultat absolument nul ; bien que liée à son origine, ses branches, et l'utérine en particulier, sont parfaitement injectées ; le sang revenait par les artères de la fesse ; la fessière, l'ischiatique, la honteuse interne, présentaient un développement remarquable... » et, plus loin, Fredet conclut : « L'examen de cette pièce semble démontrer l'inefficacité de la ligature de l'iliaque interne pour anémier, quelque peu que ce soit, d'une façon durable le territoire de l'utérus. » Faut-il, avec Delagénière (*Congrès international de Médecine*, Paris, 1900), invoquer les anomalies fréquentes des branches collatérales des deux artères iliaques ? C'est possible ; en tous cas, on ne saurait sincèrement incriminer ici une erreur de technique, la ligature portant sûrement sur l'iliaque interne quand on a soin, comme l'a fait Delagénière, et comme nous l'avons fait nous-même, de dénuder exactement la bifurcation de l'iliaque primitive et de placer le fil au niveau même de cette bifurcation.

Ces mêmes considérations sont absolument applicables aux cas de ligatures pour les pertes fétides et les douleurs.

b) *Pertes fétides.* — Dans six de nos observations, la malade avait des pertes fétides. Dans le premier cas de Baumgärtner ces pertes disparurent ; mais, en même temps que la ligature des utérines par voie vaginale, Baumgärtner pratiqua des cautérisations au chlorure de zinc, après avoir évidé le col ; cette action directe sur le néoplasme ne diminue-t-elle pas la part des ligatures dans l'effet obtenu ! Dans le deuxième cas de Baumgärtner, le résultat fut également très net, et ici, ni curettage, ni cautérisations ! Malheureusement, la malade est rapidement perdue de vue. Le cas de Tuffier (1896) est remarquable ; les pertes disparaissent après la ligature des deux utérines et des deux utéro-ovariennes, et plus de 18 mois après l'intervention, elles n'ont pas reparu. Le résultat est nul chez la femme opérée par Tuffier le 16 novembre 1897 (ligature des deux utérines, des deux utéro-ovariennes, des deux ligaments ronds). L'amélioration a été de très courte durée chez la malade d'Hartmann, opérée le 11 août 1897 (ligature de l'hypogastrique, du tronc ombilico-utérin gauche, des deux cordons utéro-ovariens, du ligament rond droit). Les pertes fétides diminuent pendant un mois, après la ligature des utérines et des utéro-ovariennes, chez une des malades de Morestin.

En somme, résultats médiocres, bien inférieurs à ceux fournis par la ligature dans les hémorragies néoplasiques. Seul, le cas de Tuffier paraît nettement favorable à la méthode.

c) *Douleurs.* — Dans huit de nos observations, les douleurs sont signalées. Chez la malade de Pryor (1897), après la ligature des hypogastriques, les douleurs disparaissent pendant 3 mois, puis reparaissent, mais moins violentes. La ligature des deux utérines et des deux utéro-ovariennes est suivie d'une diminution des douleurs pendant 18 mois chez la malade de Tuffier (1896) ; les douleurs reparaissent ensuite, très vives. La même intervention reste sans effet chez une seconde malade de Tuffier (1897). Une troisième malade de ce chirurgien, opérée le 8 janvier 1898 (ligature des deux utéro-ovariennes, des ligaments ronds, de l'artère utérine gauche, ablation à la curette du chou-fleur vaginal), sort le 26 janvier, en très bon état ; plus de douleurs... Mais, le 20 février, elle rentre à l'hôpital ; ses douleurs ont reparu quelques jours après sa sortie de l'hôpital, dès qu'elle a recommencé à marcher un peu et à travailler. Actuellement elles sont très intenses et continues, s'irradiant par tout le bas-ventre, dans la cuisse droite, dans la fesse, vers l'anus. « Résul-

tats précaires » de la ligature des utérines et des utéro-ovariennes, chez deux malades de Morestin (1899); les douleurs disparaissent pendant un mois seulement, chez une troisième malade de ce chirurgien, après la même intervention. Enfin, les douleurs ont persisté telles quelles, chez notre malade, après ligature sous-péritonéale des deux hypogastriques. En somme, effets temporaires des ligatures sur les douleurs dans 6 cas [Pryor; Tuffier (1896-1898), Morestin 3 cas (1899)]; effets nuls dans deux cas Tuffier (1897) et de Rouville (1900)].

Nous avons résumé dans le tableau ci-joint les résultats obtenus par les ligatures artérielles dans les hémorragies, les pertes fétides et les douleurs et le cancer inopérable de l'utérus.

Un fait bien digne de remarque ressort de la lecture de ce tableau: les cas sont rares de ligatures ayant donné un résultat nul. Sur 13 observations d'hémorragies, il y a un résultat négatif; sur 6 observations de pertes fétides, les ligatures ont également échoué une fois; enfin sur 8 malades présentant des douleurs, 2 ont continué à souffrir après intervention. Dans toutes les autres observations, les femmes ont retiré un bénéfice de l'opération, bénéfice très variable, mais toujours incontestable.

Qu'est-ce à dire, sinon que la méthode des ligatures se présente à nous avec des titres suffisants pour prendre rang parmi les moyens palliatifs, que nous utilisons chaque jour contre le cancer inopérable de l'utérus. Son action, sans doute, est limitée, inconstante.

Mais n'en n'est-il pas de même des autres procédés de thérapeutique palliative? Et, parmi ces derniers, le meilleur et le plus fréquemment mis en œuvre, le curettage, suivi ou non de cautérisations, n'a-t-il pas ses insuccès? Ne sont-ils pas exceptionnels, les faits de Marion Sims, dont la malade est encore bien portante 5 ans après le curettage; d'Eugène Monod qui, grâce à 5 curettages successifs, a fait vivre plus de 10 ans une femme atteinte d'épithélioma très étendu; de Boursier enfin, dont la malade, curettée en octobre 1897, puis en mars 1899, présente encore en 1900 un état général satisfaisant, bien qu'elle commence à souffrir (Voir thèse de Mme Kantzel, Bordeaux, 1900). Et, du reste, ici comme ailleurs, ne faut-il pas tenir compte, dans la juste appréciation des résultats obtenus par telle ou telle méthode, de ce « nescio quid » qui fait varier dans des limites extrêmes l'évolution des épithéliomas? Aussi bien, n'avons-nous pas à établir ici, au bénéfice de l'une ou l'autre méthode, un parallèle entre le curettage et les ligatures artérielles. Le

curettage est une ressource précieuse, dont les services rendus sont inappréciables. « Sur 92 malades, écrit Mme Kantzel, nous en trouvons seulement 2 ou 3 dont les *hémorragies* n'ont pas cédé au curettage; 6 autres les virent réapparaître 10 ou 15 jours après. Le plus grand nombre n'eut aucune perte pendant plusieurs mois, puis les hémorragies réapparurent avec les autres signes ; enfin 7 n'eurent qu'une seule hémorragie, et 22 n'en ont jamais présenté jusqu'à leur mort. *Les pertes* sont aussi heureusement influencées ; sans odeur, elles ne persistent que chez 11 malades ; fétides, chez 4. Elles reparaissent, dans 12 cas, quelques jours après l'opération. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire dans 60 p. 100, elles cessent pour plusieurs semaines, pour plusieurs mois ; nous notons chez 3 malades leur disparition complète, et leur apparition quelques jours seulement avant la mort. *Les douleurs* ont disparu pendant toute la durée de l'amélioration chez 15 malades; chez 14 autres, elles ont disparu pour quelques jours. Le curettage, qui agit peu sur ce symptôme, a néanmoins soulagé 29 malades sur 92.

Si l'on ajoute à cette efficacité remarquable du curettage dans nombre de cas son innocuité le plus souvent absolue, on conçoit le crédit justifié dont jouit unanimement cette intervention. C'est à elle qu'il convient de recourir tout d'abord, en particulier dans les formes végétantes de l'épithélioma du col : l'abrasion à la curette des végétations néoplasiques, suivie de la cautérisation énergique de la surface saignante, est incontestablement le meilleur moyen de tarir la source des hémorragies et des écoulements fétides, et d'enrayer l'anémie et l'intoxication progressive de la malade ; mais, dans l'immense majorité des cas, l'amélioration sera temporaire, et, avec une efflorescence nouvelle de végétations néoplasiques, on verra réapparaître les écoulements sanguins et séreux fétides; l'expérience ne laisse malheureusement aucun doute à cet égard. N'est-on pas dès lors autorisé, de par les résultats connus de la méthode des ligatures, à recourir à ces dernières, dont la gravité n'est pas grande, quelle que soit la voie suivie pour aborder les vaisseaux, et d'en combiner l'action avec celle d'un curettage itératif ? L'indication des ligatures n'apparaîtra-t-elle pas plus nette et plus urgente, en quelque sorte, dans les formes cavitaires et interstitielles ulcérées de l'épithélioma du col ? L'emploi de la curette est ici d'une utilité plus problématique, les bourgeons qui recouvrent l'ulcération sont petits, peu friables, et leur ablation influence bien moins favorablement les hémorragies et les pertes fétides ; les statistiques le démontrent. Il y aurait donc ici, pensons-nous,

tout avantage à recourir d'emblée à la méthode des ligatures ; le curettage du col serait pratiqué, dans la même séance, comme complément opératoire utile.

D'efficacité douteuse contre les hémorragies et les pertes fétides des cancers cavitaires et interstitiels ulcérés, le curettage est absolument contre-indiqué dans le cas où l'épithélioma s'est propagé du côté des organes voisins de l'utérus. La perforation traumatique du rectum ou de la vessie est alors quasi fatale, et les fistules qui en résultent viennent compliquer encore la situation déjà si lamentable. Le mieux ne sera-t-il pas alors de s'abstenir systématiquement de toute manœuvre et de limiter sa thérapeutique, si les douleurs sont vives, à l'emploi de la morphine ? Que si, cependant, l'état général de la malade étant suffisamment conservé, les hémorragies et les pertes fétides dominent la scène symptomatique, ne serait-on pas autorisé à demander aux ligatures ce que les circonstances empêchent de demander au curettage ?

La rareté des observations publiées jusqu'à ce jour avec détails suffisants ne permet pas de formuler d'une façon plus précise les indications des ligatures dans le cancer utérin inopérable. Telle qu'elle s'offre à nous, à l'heure actuelle, la méthode vaut évidemment qu'on en poursuive l'usage, et il est à souhaiter que l'avenir nous apporte des faits nouveaux, suffisamment nombreux et détaillés, pour qu'il soit possible de l'apprécier à sa juste valeur et de la classer définitivement parmi les ressources si précieuses de la thérapeutique palliative.

I. — *Hémorragies :* ..... 13 cas.	Résultat parfait et durable....	1 cas	De Rouville, août 1900.
	Résultat très satisfaisant.....	1 cas	Tuffier, 13 novembre 1897.
	Résultats médiocres.....	6 cas	Hartmann et Fredet { 11 août 1897. 13 mai 1897. Morestin, 2 cas 1899. — Goullioud, 1900. — Tuffier, 8 janvier 1898.
	Résultats favorables (il y avait eu dans un cas curettage et cautérisations).....	4 cas	Baumgärtner, 2 cas 1888. — Krug, 1893. — Dorsett, 15 août 1895.
	Résultat nul.....	1 cas	Tuffier, 6 novembre 1897.
II. — *Pertes fétides :* ..... 6 cas.	Résultat très favorable.....	1 cas	Tuffier, 1896.
	Résultats très favorables (il y avait eu dans un de ces cas curettages et cautérisations).	2 cas	Baumgärtner, 1888.
	Résultats imparfaits et de courte durée.....	2 cas	Hartmann, 11 août 1897. Morestin, 1899.
	Résultat nul.....	1 cas	Tuffier, 6 novembre 1897.
III. — *Douleurs:* 8 cas.	Résultats temporaires.....	6 cas	Pryor, 1897. Tuffier, 1896 et 1898. Morestin, 3 cas en 1899.
	Résultats nuls.....	2 cas	Tuffier, 13 février 1897. De Rouville, août 1900.

NOM DE l'opérateur	DATE	AGE de la malade	INDICATIONS DE l'opération	NATURE DE l'intervention	RÉSULTATS	MORT	CAS POSITIFS ou négatifs
Baumgärtner	1888.		Hémorragies Ecoulements fétides	Ligature des utérines partie vaginale, évidement du col. Cautérisation au chlorure de zinc.	Arrêt des hémorragies et des écoulements fétides. Régression et atrophie du cancer.	2 ans après l'opération, avec signes de sténose intestinale.	+ +
Baumgärtner	1888.		id.	Ligature des utérines partie vaginale.	Arrêt des hémorragies et des écoulements immédiatement après l'intervention.	?	+ ?
Krug	1893.		Hémorragies	Ligature des utérines	Arrêt des hémorragies.	?	+
Kelly	1894.	37	Hémorragies	Ligature des hypogastriques et hystérectomie abdominale.	Le néoplasme paraît avoir définitivement disparu.	?	+ + ?
Dorsett	15 août 1895.	39	Hémorragies	Ligature des utérines	Arrêt des hémorragies et désintégration rapide de la tumeur.	2 mois après.	+
Pryor	1897.	25	Récidive et douleurs	Ligature des hypogastriques	Douleurs disparaissent pendant trois mois, reparaissent moins fortes après, la marche du néoplasme paraît arrêtée.		+
Tuffier	1896.	39	Douleurs, pertes fétides	Ligature des 2 utéro-ovariennes et des 2 utérines.	Pas d'hémorragies ni de pertes fétides, les douleurs diminuent ; le néoplasme reste stationnaire pendant 18 mois.	2 ans après par généralisation.	+ +
Tuffier	13 février 1897.	42	Douleurs	id.	Pas d'amélioration.	4 mois après.	—
Tuffier	16 novembre 1897.	49	Pertes rougeâtres et fétides	Ligature des 2 utérines, des 2 utéro-ovariennes et des ligaments ronds.	Pas d'amélioration.	10 mois après	—
Tuffier	13 novembre 1897.	42	Hémorragies	Ligature des utéro-ovariennes, de l'utérine droite et des ligaments ronds, angiothripsie de l'utérine gauche, ablation du champignon néoplasique.	Arrêt des hémorragies. En août 1898, douleurs et hémorragies légères.	?	+ +

NOM DE l'opérateur	DATE	AGE de la malade	INDICATIONS DE l'opération	NATURE DE l'intervention	RÉSULTATS	MORT	CAS POSITIFS ou négatifs
Tuffier	8 janvier 1898.	39	Hémorragies et douleurs	Ligature des utéro-ovariennes et des ligaments ronds ; ligature difficile de l'utérine gauche, impossible de l'utérine droite.	Plus d'hémorragie ni de douleur immédiatement après l'intervention ; bientôt après, nouvelles douleurs et nouvelles hémorragies.	?	+
Hartmann et Fredet	13 novembre 1897.	67	Hémorragies	Ligature des utérines et des utéro-ovariennes.	Diminution des hémorragies.	7 mois après.	+
Hartmann et Fredet	15 octobre 1897.	45	?	Ligature des utérines, l'une dans la fossette ovarienne, et l'autre dans le ligament large. Curettage.	?	?	?
Hartmann et Fredet	11 août 1897.	39	Hémorragies et pertes fétides	Ligature de l'hypogastrique droite du tronc ombilico-utérin gauche, des deux cordons utéro-ovariens, du ligament rond droit	Amélioration passagère.	5 mois après	+
Morestin	19 août 1899.	?	Douleurs Ecoulements fétides	Ligature des utérines et des utéro-ovariennes.	Diminution de l'écoulement et disparition des douleurs pendant un mois.	1 an après	+
Morestin	?	?	Hémorragies. Douleurs	id.	Résultats précaires.	En vie 6 mois après	—
Morestin	?	?	Hemorragies et douleurs	id.	id.	id.	—
Goullioud	1900.	46	Hémorragies (fibrome-myome coexist[t])	Ligature des hypogastriques	Les hémorragies disparaissent tout de suite après l'intervention, mais reparaissent.	Mort 12 jours après, d'éventration.	—
de Rouville	10 août 1900.	36	Hémorragies abondantes Douleurs	Ligature sous-péritonéale des deux hypogastriques.	Disparition absolue des hémorragies ; influence nulle sur les douleurs et l'évolution du néoplasme.	Morte de cachexie, le 29 juillet 1901.	+ +

LES PROPAGATIONS GANGLIONNAIRES DANS LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Par **Henri Hartmann et Paul Lecène.**

Le nombre des observations complètes d'autopsie de cancer du col utérin avec recherche systématique des ganglions envahis n'est pas encore tel que nous ne puissions rapporter ici deux faits que nous avons eu l'occasion d'observer et d'étudier minutieusement.

Obs. I. — Nous ne possédons aucun renseignement clinique sur cette malade, l'autopsie fut faite à Lariboisière le 8 mai 1902. La cause de la mort était une infection pulmonaire, qui se traduisit à l'autopsie par des noyaux de bronchopneumonie disséminés dans les deux poumons. L'appareil génito-urinaire fut enlevé en totalité avec l'aorte, la veine cave, les ganglions lombaires, les vaisseaux iliaques externes et internes et les ganglions correspondants.

Localement le cancer parti du col de l'utérus avait infiltré la base des ligaments larges; à droite, il encerclait l'uretère, du côté gauche l'uretère était libre ; le bas-fond vésical était intact ainsi que le cul-de-sac postérieur.

Les ganglions *macroscopiquement* envahis étaient les suivants (voyez fig. I):

1° Deux ganglions du groupe iliaque externe, chaîne interne du côté droit;

2° Un ganglion placé dans la bifurcation de l'artère iliaque primitive du côté droit;

3° Deux ganglions lombaires situés en dehors et en arrière de l'uretère du côté droit, et à la hauteur du flanc droit de la veine cave inférieure au niveau de la 4e vertèbre lombaire;

4° Un ganglion placé entre l'aorte abdominale et la veine cave inférieure au niveau de l'émergence de la mésentérique inférieure ;

5° Deux ganglions placés de chaque côté de la veine cave inférieure au-dessous du sinus des veines rénales.

A *l'examen histologique* le cancer du col était un épithélioma pavimenteux à globes cornés; l'envahissement néoplasique de la base du ligament large droit s'avançait jusqu'à l'uretère, dont la paroi était infiltrée par des traînées d'épithélioma.

Parmi les ganglions macroscopiquement augmentés de volume et qui semblaient envahis, deux seulement contenaient des métastases cancéreuses:

1° Le ganglion placé dans la bifurcation de l'artère iliaque primitive droite ;

2° Le ganglion placé entre l'aorte et la veine cave au niveau de l'émergence de l'artère mésentérique inférieure.

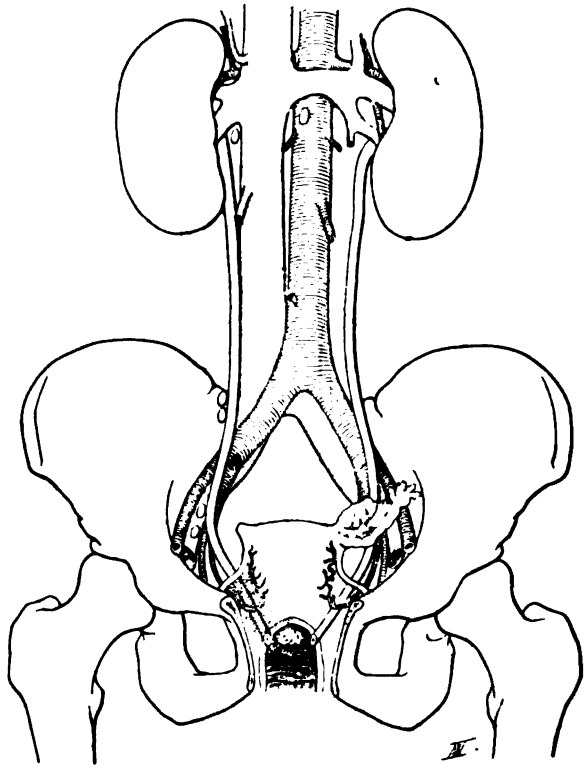


FIG. 1. — Les ganglions marqués en blanc ne présentaient à l'examen microscopique que des lésions inflammatoires ; les noirs étaient néoplasiques.

Tous les autres ganglions ne présentaient que des lésions d'inflammation chronique sans trace de généralisation néoplasique.

OBS. II. — X..., âgée de 44 ans, entre dans le service Civiale en novembre 1904 pour un cancer du col de l'utérus. Au toucher on constate que le col utérin est remplacé par une tumeur végétante irrégulière qui fait saillie dans le vagin ; la base de la tumeur est indurée, ligneuse, sa surface saigne au moindre contact ; mais les culs-de-sac vaginaux sont souples et il ne semble pas exister d'infiltration du bas-fond vésical ni de la base des ligaments larges. Il existait des hémorragies abondantes qui avaient décidé la malade à venir à l'hôpital.

On se proposait d'opérer cette malade, lorsqu'elle mourut brusquement, 5 jours après son entrée dans le service, d'une hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire.

A l'autopsie on constate une hémorragie cérébrale dans la partie postérieure de la capsule interne du côté gauche avec inondation ventriculaire. L'appareil génito-urinaire est enlevé en masse, comme dans le cas précédent, avec l'aorte, la veine cave, les reins, les vaisseaux iliaques et le tissu cellulaire du petit bassin.

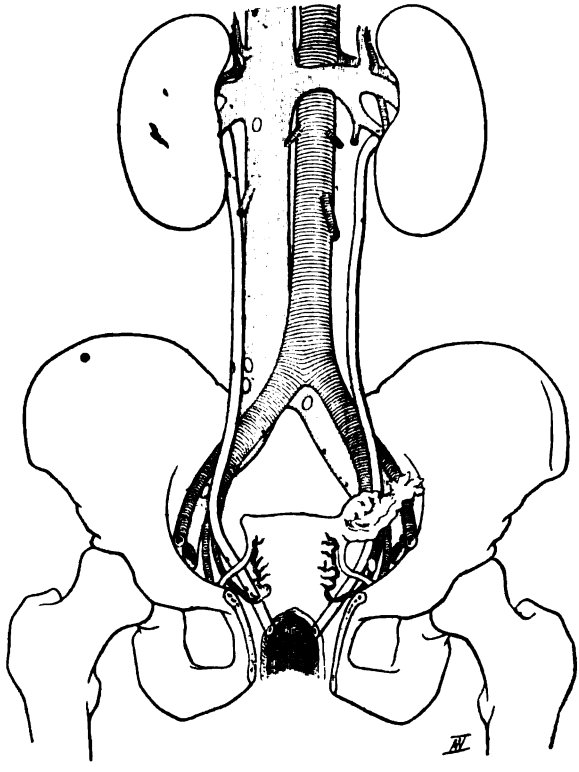


FIG. 2. — Il existe un certain nombre de ganglions augmentés, mais ils ne présentent que des lésions d'ordre inflammatoire.

Macroscopiquement, le cancer du col ne semble pas avoir envahi la base des ligaments larges ni le bas-fond vésical, les deux uretères sont intacts et faciles à suivre jusqu'à la vessie. A l'œil nu, on découvre un certain nombre de ganglions qui semblent envahis ; ce sont (voyez schéma II) :

1° Un ganglion situé le long des vaisseaux iliaques externes du côté droit (groupe interne) ;

2° Deux ganglions placés devant le promontoire, tout près de sa crête moyenne ;

3° Deux ganglions placés contre l'uretère droit et le flanc droit de la veine cave, à la hauteur de la 4e vertèbre lombaire ;

4° Un ganglion placé devant la veine cave inférieure au-dessous de l'abouchement de la veine rénale droite ;

5° Un ganglion situé le long de l'artère ombilicale oblitérée sur le flanc gauche de la vessie.

A *l'examen histologique :*

Le cancer du col de l'utérus est un épithélioma cylindrique tubulé (cancer du canal cervical).

La base des ligaments larges, droit et gauche, étudiée sur une série de coupes sagittales en partant du bord de l'utérus, ne montre pas trace d'envahissement néoplasique.

Aucun des ganglions décrits ci-dessus, qui paraissaient à l'œil nu envahis, ne présente de trace de généralisation néoplasique. Par contre, tous ces ganglions sont nettement enflammés et leur « Keimcentren » en état de prolifération marquée.

L'exposé de ces deux faits nous montre l'inanité des prétentions de ceux qui conseillent de pratiquer des extirpations ganglionnaires complètes au cours des opérations abdominales de cancer utérin. Dans un cas l'autopsie faite avec le plus grand soin nous a permis de constater l'intégrité histologique des ganglions ; dans l'autre le siège des ganglions néoplasiques était tel que toute tentative d'extirpation eût été impossible. Aussi croyons-nous que, dans les opérations abdominales pour cancer, il n'y a pas lieu de songer à faire ces fameux évidements, dont on a beaucoup parlé il y a quelques années. L'intervention devra se borner à l'extirpation du paramètre et des ganglions qu'on trouve manifestement augmentés et accessibles au cours de l'opération.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

TRAITEMENT DU CANCER DE L'UTÉRUS INOPÉRABLE [1]

Dührssen dit qu'en Allemagne, sur 25.000 femmes qui meurent tous les ans de cancer utérin, 10 à 20 p. 100 seulement sont opérées, et le tiers à peine de ces dernières dans de bonnes conditions. D'après Winter, à la clinique de Berlin, de 1876 à 1883, 19 p. 100 des malades étaient justiciables d'une intervention radicale ; la proportion atteint 37 p. 100 en 1890, mais elle ne dépasse pas 20 p. 100 en province. En somme, le quart des malades relève de l'intervention, et le quart seulement des opérées peut espérer une guérison durable, ce qui revient à dire que 93 p. 100 des malades atteintes de cancer de l'utérus n'ont rien à attendre de l'hystérectomie totale.

Mommsen donne aussi pour 981 cas la moyenne de 20 p. 100 d'opérables.

La proportion des cas opérables en France n'est pas plus considérable, elle serait même pour Récamier loin d'atteindre 20 p. 100. Il est donc nécessaire de bien connaître les ressources dont on dispose pour soulager ces nombreuses malades qu'il est impossible de guérir. C'est ce que s'est attaché à étudier dans un très intéressant mémoire, le docteur Récamier. Comme le traitement palliatif est destiné à combattre les symptômes, M. Récamier très justement étudie successivement les hémorragies, l'hydrorrhée sanieuse, la pyométrie, les douleurs, terminant par un exposé général de l'hygiène et du traitement médical des malades à la période cachectique.

1° Traitement palliatif de l'hémorragie et de l'hydrorrhée.

Divers moyens ont été préconisés pour arrêter les hémorragies.

A. *Curettage et cautérisation ignée.* — Aucun ne vaut le curettage aussi complet que possible, suivi de cautérisation.

Le premier point est d'avoir du jour. Dans ce but, Récamier introduit successivement deux spéculums de Collin d'inégale grandeur l'un dans l'autre ; il les ouvre après avoir fait décrire à celui qui est à l'intérieur un quart de cercle pour que les lames des instruments recouvrent les parois antérieure, posté-

(1) J. Récamier, *Traitement du cancer de l'utérus inopérable.* Paris 1905, G. Steinheil.

rieure et latérale du vagin. On a ainsi un jour excellent et l'on protège avec efficacité les parois du vagin contre les brûlures.

S'il s'agit d'une femme âgée à vagin rigide ou d'une nullipare, on débride la vulve, ce qui permet l'intervention et ce qui facilite ultérieurement les lavages et les applications topiques.

Avec la curette on enlève les champignons cancéreux, on ronge fortement toute la face interne du col, pénétrant dans la cavité utérine elle-même et rongeant les lèvres du col qui forment des lambeaux de plus en plus minces.

Les bords du col amincis par la curette forment comme la base d'une cavité conique, qu'on cautérise alors énergiquement. On peut pour ce temps opératoire se servir du thermo-cautère ou, si on les a sous les mains, des vieux cautères olivaires chauffés sur un réchaud de charbon. Ce sont ces derniers qu'emploie Récamier. La plaie étant bien lavée, bien asséchée, il plonge le cautère dans l'entonnoir créé par le grattage et le laisse s'éteindre en le remuant légèrement pour qu'il n'adhère pas et fasse l'hémostase.

Le premier cautère retiré, on fait un rapide lavage, on assèche de nouveau et on applique un nouveau cautère, revenant peu à peu en avant par des applications successives qui amincissent de plus en plus le col, détruisant et brûlant ses lèvres déchiquetées.

Lorsque la cautérisation par contact semble être allée aussi loin qu'elle le peut sans danger, on termine en plaçant successivement plusieurs cautères dans l'intérieur de la cavité créée, agissant par chaleur rayonnante, par rôtissage en quelque sorte, sans toucher les parois. Après chaque application, une douche vaginale et un assèchement rapide sont pratiqués. Il ne faut s'arrêter que lorsque l'utérus présente l'aspect d'une cupule, ouverte largement vers l'extérieur et absolument desséchée, d'abord par les applications du fer rouge sur ses parois, ensuite par le rayonnement interne de la masse rougie tenue au milieu de la cavité.

La cautérisation terminée, on fait un tamponnement serré de la cavité à la gaze iodoformée.

L'hémorragie et l'atrésie utérine consécutives sont des accidents exceptionnels. La perforation du cul-de-sac postérieur plus fréquente semble sans inconvénients. Pour l'éviter, on fera, avant le curettage, un examen bimanuel complet de manière à se rendre compte de la place exacte du corps utérin ; pendant l'opération, on se repérera sur la lèvre la mieux conservée et l'on s'aidera parfois de l'hystéromètre pour s'assurer qu'on ne s'éloigne pas de la cavité utérine.

Dans quelques cas il peut être utile de répéter le curettage s'il y a un retour des hémorragies. On peut obtenir ainsi des séries d'améliorations de deux à cinq mois pendant lesquelles la malade ne perd pas et mène sa vie habituelle.

Le curettage permet de même de diminuer ou même d'empêcher la résorption purulente due à l'hydropyorrhée. Aucune injection désodorisante n'a d'action efficace sur ce symptôme tant qu'un nettoyage, détruisant les bourgeons néoplasiques et facilitant l'écoulement, n'a pas été fait.

A plus forte raison, le curettage est-il nécessaire lorsque les douleurs paroxystiques spéciales à la rétention et l'augmentation de volume de l'utérus constatée par le palper bimanuel font prévoir l'existence d'un pyomètre.

B. *Curettage et cautérisation chimique.* — Quelques gynécologues, après avoir fait le curettage, préfèrent à la cautérisation actuelle la cautérisation chimique. Fränkel, en 1888, a encore soutenu cette opinion. Il bourre la plaie de petits tampons d'ouate imbibés d'une solution de chlorure de zinc à deux tiers et les laisse en place de douze à vingt-quatre heures. Pour éviter l'effet caustique sur le vagin, il superpose à cette première couche une série de tampons imbibés de bicarbonate de soude à un tiers.

Laroyenne tasse dans la cavité des tampons trempés dans une solution de chlorure de zinc à un demi; si la cavité est étroite, il y introduit un crayon de chlorure de zinc ; s'il existe une surface bourgeonnante de col, il la recouvre d'une rondelle de pâte de Canquoin, le tout après avoir encadré la surface malade avec un spéculum de Fergusson. Un sachet de bicarbonate de soude, destiné à neutraliser l'excès de chlorure, et un large tampon complètent le pansement.

Au bout de six à huit heures, on enlève les tampons et le spéculum et l'on fait une injection. Le traitement consécutif consiste en injections au chlorure de zinc à 1 p. 100, qu'on fait suivre d'une injection d'eau bouillie si elles sont douloureuses.

C. *Injections interstitielles.* — Lorsque l'épithélioma du col affecte la forme nodulaire, on peut recourir aux injections interstitielles. Mosetig-Moorhoff, partant de ce fait que certains colorants ont une action élective sur le noyau des cellules cancéreuses, a pensé qu'avec eux on pourrait arrêter la prolifération nucléaire de l'épithélioma. Il curette les fongosités, attend vingt-quatre heures pour que la matière active ne soit pas entraînée par l'hémorragie, et le lendemain opère de la manière suivante :

Il enfonce l'aiguille d'une seringue, contenant 2 à 4 centimètres cubes, obliquement le long des bords de la tumeur, en faisant pénétrer peu à peu le liquide à injecter à mesure que l'aiguille entre plus profondément. Les piqûres sont faites à 1 centimètre les unes des autres, de façon à suturer toute la région périphérique du cancer. Le titre de la solution employée est le suivant :

Violet de méthylène.	1 gramme
Eau bouillie et filtrée.	500 —

S'il se produit des hémorragies à la suite des piqûres, elles sont arrêtées par une injection antiseptique chaude et l'application de tampons imbibés de matière colorante.

Schultz, qui recommande l'alcool absolu, en injecte 5 centimètres cubes, pénétrant profondément dans le col, mais évitant de se rapprocher du péritoine à cause des douleurs très violentes que détermine l'arrivée du liquide dans les couches sous-séreuses. Il renouvelle ces injections tous les deux jours, puis quotidiennement, appliquant, après l'injection, un tampon iodoformé jusqu'au lendemain matin.

D. *Ligatures atrophiantes.* — On a lié l'utérine, les artères des ligaments ronds, les artères hypogastriques ; les résultats ont été inconstants.

E. *Pansements.* — Les injections, pour être efficaces, doivent être données avec le spéculum ; une injection au chlorure de chaux, matin et soir, suffit pour supprimer toute odeur ; s'il y a pyométrie, la sonde à double courant doit être portée dans la cavité utérine.

En cas d'hémorragie, après une injection à 40 ou 45° donnée avec le spéculum, on fait un tamponnement avec des bandelettes de gaze stérilisée trempées dans du sérum gélatineux tiède ou une solution de ferripyrine. Il faut, pour que le tamponnement soit efficace, qu'il remplisse bien exactement les culs-de-sac et que la colonne du tamponnement descende assez bas.

Lorsqu'il existe une caverne cancéreuse saignante, le carbure de calcium constitue le meilleur topique. Il faut simplement prendre le soin d'introduire profondément le fragment de carbure et le recouvrir immédiatement d'un tamponnement fermant l'orifice du col ulcéré et remplissant les culs-de-sac. Au bout de 24 ou 48 heures, le pansement est renouvelé, et les fragments grisâtres de carbure désagrégés sont extraits par une injection chaude. Si toute la poussière ainsi formée ne vient pas facilement, si quelques débris un peu gros restent adhérents, il faut les respecter et attendre qu'ils se détachent d'eux-mêmes, car toute manœuvre un peu brutale causerait un retour de l'hémorragie.

Avec ces précautions, et surtout lorsqu'un curettage antérieur a détruit les fongosités les plus molles, ce pansement rend, au dire de Récamier, de grands services.

Les antiseptiques recommandés pour les injections sont innombrables.

Les injections à l'essence de térébenthine agissent comme désodorisant et hémostatique. Le seul ennui est la complexité un peu grande de la préparation de l'injection. Il faut mettre 15 grammes de térébenthine dans un litre d'eau bouillante, ajouter une cuillerée de magnésie et laisser refroidir à 37°. Il est utile aussi d'agiter le liquide au moment de prendre l'injection pour assurer le mélange.

Le coaltar, sous la forme classique de coaltar saponiné, peut rendre de grands services, soit en injections à la dose d'une ou deux cuillerées à bouche par injection, soit en pansements, à l'aide de tampons imbibés d'un mélange d'eau et de coaltar saponiné à parties égales.

Le chlorure de zinc à 1 p. 100 est un désinfectant de premier ordre ; il a l'inconvénient d'être quelquefois un peu irritant.

Le chlorure de chaux désodorise de même très bien ; un verre d'une solution à 1/12 dans un bock d'injection suffit. La liqueur de Labarraque (hypochlorite de soude), deux cuillerées à soupe par litre d'eau bouillie, rend les mêmes services.

Ajoutons encore à cette liste le permanganate de potasse à 1 p. 500, le formol à 1 p. 1.000, l'eau oxygénée, l'hydrate de chloral à 1 p. 100.

Après les lavages, on peut faire un pansement avec une poudre absorbante,

aristol, bismuth, benjoin et une mèche de gaze stérilisée ou avec des tampons imbibés d'ichthyol en solution glycérinée à 50/100, de résorcine en solution à parties égales dans l'eau.

Ces pansements peuvent être maintenus 24 heures, jamais 48. Lorsque l'ichor traverse rapidement les couches de gaze, mieux vaux renoncer absolument au pansement sec et répéter trois fois par jour les injections en garnissant seulement la vulve d'une plaque d'ouate retenue par un bandage en T.

Le chirurgien doit savoir utiliser les différents agents et tâtonner jusqu'à ce qu'il soit arrivé à neutraliser l'odeur que répand le malade, odeur qui l'affecte toujours beaucoup.

Lorsque la maladie dure, l'épithélioma arrive quelquefois à perforer les cavités voisines (intestin, vessie). En présence d'une fistule recto-vaginale, si la malade peut encore espérer quelques mois de vie, il faut établir un anus iliaque, infiniment moins pénible que la fistule vaginale et plus facile à tenir propre ; si la fistule siège sur l'iléon et que la malade soit résistante, on peut pratiquer l'exclusion de l'anse fistulisée.

Pour les fistules vésico-vaginales, il ne peut être question d'intervention opératoire. Le seul soulagement réel pour les malades consiste à les mettre sur un matelas en caoutchouc perforé et à faire cinq ou six lavages abondants par jour, aussi complets que le permet l'envahissement du vagin. Le meilleur liquide à employer est l'eau bicarbonatée sodique à 1/1000 ou à 1/500. Le bicarbonate de soude calme l'irritation causée par l'urine ; les érythèmes affreusement douloureux de la face interne des cuisses, compliquant l'incontinence, disparaissent et la malade retrouve le calme et le sommeil.

2° Traitement palliatif de la douleur.

Le traitement palliatif de la douleur peut être opératoire ou médicamenteux.

A. *Traitement opératoire.* — J.-L. Faure a fait la section des racines postérieures de la moelle au niveau du renflement lombaire, de manière à détruire les racines postérieures du plexus lombaire et sacré pour anesthésier les membres inférieurs, les fesses et le bassin, siège de douleurs continues et intolérables.

Jaboulay a détruit les ganglions sympathiques sacrés et les branches qui les relient au plexus périrectal d'où viennent les nerfs de l'utérus. Dans ce but, il décolle le rectum du coccyx.

Jaboulay a aussi cherché à tirailler les filets nerveux sans opération sanglante. Pour cela, il injecte entre la face postérieure du rectum et la face antérieure du sacrum une quantité de sérum artificiel suffisante pour décoller les deux organes l'un de l'autre et distendre les filets nerveux antérieurs du plexus sympathique sacré.

Poncet a fait la dilatation de l'anus et du rectum avec l'espoir que cette dilatation jetterait le trouble dans toutes les fibres connectrices et amènerait ainsi une sédation de douleurs.

B. *Traitement médicamenteux.* — Les injections épidurales de cocaïne n'ont pas donné à Récamier de résultats supérieurs à la simple injection sous-cutanée de morphine, qui constitue encore notre meilleur mode d'action. Toutefois, comme on est en présence d'une maladie de longue durée, que l'accoutumance au médicament se fera, il faut commencer, autant qu'on le peut, par des succédanés de la morphine.

L'antipyrine, en lavements ou en suppositoires, l'extrait thébaïque (5 centigrammes) combiné à l'extrait de belladone en suppositoires (3 centigrammes), les applications sur le col de tampons imbibés d'une solution de chloral à 4 p. 100, rendront des services.

Récamier s'élève contre la méthode des injections de morphine faibles et répétées. Il ne faut pas donner de morphine, ou bien il faut en donner une dose suffisante pour que le sommeil soit immédiat et réparateur. Deux centigrammes en une fois suffisent pendant une très longue période.

3° Traitement palliatif de l'anurie et de l'urémie.

A. *Traitement des troubles gastriques.* — Le plus souvent les troubles gastriques sont simplement l'indice de l'urémie ; mais parfois aussi il s'agi d'un réflexe gastrique, car on voit ce symptôme s'améliorer ou disparaître en donnant une cuillerée d'eau chloroformée, la potion de Rivière, quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 1 p. 100, deux à trois gouttes de teinture de capsicum dans une cuillerée d'eau très chaude. La réfrigération du creux de l'estomac (application d'une petite vessie de glace, pulvérisations d'éther ou de chlorure de méthyle) donne parfois un soulagement qui dure quelques heures ; aidée d'un peu de champagne glacé, elle peut faciliter beaucoup le repas.

Quelquefois la morphine est responsable de l'état nauséeux ; il faut alors retarder la plus proche piqûre jusqu'à trois heures après le repas ; mais chez les malades avancés, il est utile, au contraire, de faire la piqûre juste avant le repas.

B. *Traitement de l'urémie.* — L'urémie est si fréquente chez les femmes atteintes d'épithélioma du col qu'elle est presque la terminaison habituelle de la maladie.

L'huile de ricin à petites doses, les lavements huileux, glycérinés ou salins, les injections sous-cutanées de sérum (100 à 200 centimètres cubes), de pilocarpine (1 demi-centimètre cube d'une solution à 1 p. 100), de caféine rendent des services ; si le malade ne vomit pas les liquides, 50 centigrammes de théobromine par jour et le régime lacté sont indiqués.

A la période comateuse terminale, lorsque les diurétiques se sont montrés impuissants, il semble inutile de chercher à ouvrir un nouveau chemin à l'urine. Une observation de Jayle montre cependant qu'on peut momentanément améliorer l'état de la malade par une intervention.

C. *Traitement de l'anurie précoce.* — L'anurie, au lieu de venir progressive

ment par le fait du développement de lésions rénales, peut éclater brusquement par suite de la compression de l'uretère. Si la malade n'est pas cachectisée, il y a lieu de discuter l'indication d'une opération. Il faut toutefois savoir que les crises d'anurie sont rarement définitives d'emblée chez les cancéreuses; il n'y a donc pas lieu de trop se presser pour intervenir. Mais, si les accidents urémiques deviennent menaçants ou si plusieurs jours se passent sans que l'urine reparaisse, il y a lieu d'opérer. Le Dentu, Legueu ont fait l'urétéro-néostomie lombaire; Picqué, Legueu, Chavannaz, Jayle, la néphrostomie lombaire. Cette dernière a donné des survies parfois considérables, deux à six mois. On la pratiquera du côté où le ligament large semble le plus nettement envahi, ou, en l'absence de renseignements de ce côté, sur le rein le plus gros, le plus douloureux. Si aucune amélioration ne suit la néphrostomie, ou si on tombe sur une uronéphrose ancienne dont les parois ne sécrètent plus, il faut, sans hésiter, répéter l'incision du côté opposé.

L'opération doit être faite rapidement et se réduire à une ponction au bistouri pénétrant dans le bassinet et suivie de l'introduction d'une sonde de Pezzer dans le rein.

4° Traitement général.

La quinine semble améliorer quelquefois l'état des malades. Il faut la donner par la voie sous-cutanée, par la voie gastrique, par la voie rectale, arrivant à faire ingérer au moins un gramme par jour.

Pour les injections sous-cutanées, A. Robin conseille la solution suivante :

Bichlorhydrate de quinine	25 grammes
Eau distillée et stérilisée.	50 —

L'arrhénal, à la dose de 20 gouttes d'une solution à 5 p. 100, rend aussi des services. De même, les divers sérums, depuis le sérum physiologique jusqu'aux sérums dits anticancéreux. Tous ces sérums ont sur l'organisme une action encore inexpliquée mais réelle, parfois suffisante pour tromper l'inventeur de la méthode et lui faire croire de la meilleure foi du monde qu'il a trouvé un remède curatif.

Pour réveiller l'appétit et mettre la malade dans les meilleures conditions de résistance, il faut encore lui conseiller une hygiène qui se résume en deux mots : l'air et la propreté. Enfin il y a à exercer une action morale, sur laquelle s'étend Récamier dans des pages montrant bien la notion que doit avoir le médecin de ses devoirs.

H. H.

REVUE ANALYTIQUE

CANCER DE L'UTÉRUS

Traitement du cancer de l'utérus. — L'exérèse génitale par la voie abdominale et l'évidement pelvien dans le cancer utérin. — Résultats tardifs, par Jacobs, *Progrès médical belge*, juin 1904.

C'est avec un réel sentiment de découragement que je vous présente les résultats tardifs des opérations abdominales que j'ai pratiquées depuis 1897 dans le cancer du col utérin (1). Le total des opérations s'élève à 95; la mortalité opératoire à 6, soit 6,3 p. 100.

J'ai perdu de vue 6 malades, dont il m'a été impossible de retrouver les traces. Les 89 malades restantes ont présenté les suites opératoires suivantes:

7 guérisons actuelles :

1 cas opéré depuis 5 ans 8 mois.
1 — — 2 ans 7 mois.
1 — — 2 ans 4 mois.
1 — — 1 an.
1 — — 7 mois.
2 — — 6 mois.

76 récidives constatées :

5 immédiates.	2 après 1 an 3 mois
5 après 2 mois.	3 — 1 — 4 —
6 — 3 —	3 — 1 — 6 —
7 — 4 —	1 — 1 — 11 —
2 — 5 —	6 — 24 mois.
5 — 6 —	1 — 2 ans 3 mois.
4 — —	1 — 2 — 4 —
4 — 8 —	1 — 2 — 7 —
3 — 9 —	1 — 2 — 9 —
2 — 11 —	1 — 3 — 5 —
5 — 12 —	1 — 3 — 8 —
2 — 1 an 1 mois.	1 — 5 — 2 —
3 — 1 — 2 —	1 — 5 — 7 —

Soient : 5 récidives immédiates.

43 la 1re année.	2 la 4e année
20 la 2e —	2 la 5e —
4 la 3e —	

(1) Nous bornons cette statistique au cancer *du col*, le cancer du corps ayant une évolution différente.

Ou encore : 50 p. 100 de récidives la 1re année.

21	—	—	la 2e	—
4,2	—	—	la 3e	—
2,1	—	—	la 4e	—
2,1	—	—	la 5e	—

En résumé, j'obtiens sur 95 opérations :

6,3 p. 100 de décès ; 93,6 p. 100 de guérisons opératoires.

Sur 89 cas guéris, je perds de vue 6 malades ; les 83 autres cas me donnent actuellement 7 cas exempts de repullulation cancéreuse.

Les 6 décès doivent être attribués : un à une pneumonie, un à une embolie, un à l'épuisement extrême de la malade, trois à l'infection.

Les décès infectieux furent amenés par rupture provoquée par instrument ou déchirure du muscle utérin, déterminant l'épanchement dans le champ opératoire de sanie retenue dans la cavité utérine.

La gravité est supérieure à celle de l'hystérectomie vaginale, qui ne m'avait donné que 1 mort sur 82 cas, soit 1,2 p. 100.

Nous avons reproché à l'hystérectomie vaginale son imperfection en tant qu'opération radicale dans le cancer, parce que forcément elle se borne à l'exérèse utérine, abandonnant les ganglions infectés, ne touchant pas aux tissus voisins, farcis de lymphatiques envahis par la carcinose.

Quelle est donc, en réalité, la fréquence de l'adénopathie dans le cancer du col ?

Avec Winter, Kelly, Mangiagalli et d'autres, je considère que l'adénopathie cancéreuse est rare lorsque le paramétrium est encore indemne de tout envahissement ; si, au contraire, la cancérose a entamé le paramètre, la propagation aux ganglions est la règle.

Dans bien des cas où l'on rencontre des ganglions hypertrophiés, adhérents, œdématiés, les recherches microscopiques démontrent qu'ils sont le siège d'infection secondaire et ne présentent pas les caractères de l'envahissement épithélial. En somme, l'envahissement des lymphatiques et des ganglions ne serait qu'un symptôme concomitant de l'envahissement paramétral.

Sur nos 95 cas, nous avons trouvé :

49 fois les ganglions infectés, soit 51 p. 100 ;
19 — — indemnes, soit 20 p. 100 ;
27 — — sièges d'une infection secondaire, soit 28 p. 100.

Est-ce réellement à l'envahissement ganglionnaire au moment de l'opération que l'on doit attribuer la récidive ?

Je vais tenter d'élucider ce point par l'examen des cas opérés.

A. Voyons tout d'abord le détail des *cas actuellement indemnes de récidive.*

I. Personne de 53 ans, opérée le 4 juillet 1898. Cancer du col avec prolapsus vaginal. Les ganglions lymphatiques pelviens enlevés (intersection des iliaques) sont au nombre de 5, petits, durs. Examen histologique : muqueuse vaginale saine, muqueuse utérine corporéale saine. Les ganglions ne renferment pas d'éléments épithéliaux.

En mai 1900, nous constatons un noyau de récidive sur la cicatrice vaginale, de la grosseur d'un marron. Sur nos instances, la malade accepte une nouvelle opération.

Intervention vaginale : large excision du noyau épithéliomateux, 17 mai 1900.

Santé parfaite en mars 1900.

II. 44 ans. IIpare. Opérée le 18 septembre 1901. Cancer du col limité au pourtour du museau de tanche, envahissant plutôt la lèvre antérieure. Ganglions lymphatiques nombreux, assez gros. Éléments carcinomateux dans tous les ganglions. Epithélioma du col, muqueuse vaginale saine.

III. 48 ans. IIIpare. Cancer du col et gros fibrome corporéal. Opérée le 10 décembre 1901. Le col est fortement entamé. Nous procédons à une très large incision du vagin. Pas de ganglions.

IV. 53 ans. IIIpare. Cancer du col. Kystes des ovaire et fibrome utérin. Opérée le 25 avril 1903. Pas de ganglions.

V. 42 ans. Ipare. Cancer du col. Opérée le 3 septembre 1903. Plusieurs ganglions à droite, un seul à gauche. Nous ne trouvons qu'un seul ganglion infecté.

VI. 46 ans. IIpare. Cancer du col très limité. Opérée le 9 octobre 1903. Pas de ganglions.

VII. 44 ans. Opare. Cancer du col entamant surtout la lèvre postérieure, petit fibrome utérin. Opérée le 11 octobre 1903. Un gros ganglion à gauche. Il est réduit à une véritable coque, remplie de pus.

En résumé, 7 cas { 4 cas avec ganglions lymphatiques.
3 cas sans — —

Dans les 4 cas positifs, l'examen des ganglions donne des préparations positives dans 2 cas, suspectes dans 1 cas, négatives dans 1 cas.

B. 76 *récidives.*

5 récidives immédiatement après l'opération. Dans ces 5 cas, nous avons noté l'envahissement de toute la chaîne ganglionnaire pelvienne, du péritoine sus-jacent, du tissu cellulaire voisin, avec extension soit vers l'intestin, soit vers la vessie et les uretères.

Les 5 opérations furent toutes *incomplètes*, en ce sens que nous abandonnâmes forcément des masses de tissus forcément envahis.

Dans un de ces cas, j'implantai un uretère dans l'S iliaque; dans un second cas, après section accidentelle de l'uretère, j'en fis l'implantation dans la vessie : enfin, dans un troisième cas, je dus pratiquer la ligature des veines iliaques gauches.

Il n'y pas eu, dans ces cas, à proprement parler, de récidive, mais continuation de l'évolution de la carcinose pelvienne.

43 récidives dans le cours de la première année. 21 fois j'avais pratiqué l'ablation des lymphatiques avec gros ganglions ; 4 fois j'ai rencontré un ou deux gros ganglions latéralement à l'utérus, un peu au-dessus de la portion sus-vaginale du col.

20 cas	récidivés	dans le	cours de la	2e ann.	13 cas	avec ablat.	gangl.
4	—	—	—	3e	3	—	—
2	—	—	—	4e	1	—	—
2	—	—	—	5e	2	—	—

Dans plusieurs de ces cas, j'ai trouvé que les ganglions étaient le siège d'un processus inflammatoire banal.

Donc, sur 76 cas je trouve :

45 cas avec ganglions lymphatiques.
31 cas sans — —

D'après ces chiffres : 59 p. 100 sont positifs, 40 p. 100 négatifs. Je crois que l'adénopathie pelvienne ou retentissement ganglionnaire n'est pas nécessairement pathognomonique du cancer du col, ou plutôt qu'elle n'est pas une complication ou un symptôme de début.

Siège de la récidive. — J'ai noté 47 fois que la récidive s'est faite dans la cicatrice vaginale. Cette constatation m'a progressivement amené à réséquer une bande circulaire vaginale de plus en plus large à partir des culs-de-sac.

29 fois la récidive fut pelvienne, laissant la cicatrice vaginale absolument intacte. Dans 4 ou 5 de ces cas, nous tentâmes des laparotomies secondaires; ainsi, nous avons eu l'occasion d'observer *de visu* le siège de ces récidives : nous l'avons généralement vu le long des ligaments larges, amenant des adhérences intestinales au niveau des ganglions hypertrophiés ou de la vessie. Le fond du vagin était vierge d'adhérences.

Dans un de ces cas de laparotomie secondaire, j'ai pratiqué la résection de 17 centimètres d'intestin grêle avec ablation de grosses masses ganglionnaires sous-jacentes. La malade vécut encore sept mois.

En somme, j'ai observé que la récidive est plus fréquente dans le voisinage immédiat de la cicatrice vaginale : 60 p. 100; qu'elle se fait généralement dans la muqueuse ou le tissu cellulaire sous-jacent. Vient ensuite la récidive pelvienne : 38 p. 100, qui se fait dans le paramètre avec retentissement rapide sur la masse intestinale. Les métastases intestinales et mésentériques ne sont pas rares. J'ai observé un cas de métastases éloignées (cou, thorax), un cas de métastases hépatiques. La récidive pelvienne se produit malgré l'évidement du bassin.

Détails de technique opératoire. — J'attache une très grande importance à la désinfection du col et du vagin avant l'opération.

Elle doit être pratiquée par le chirurgien lui-même pendant les trois ou quatre jours qui précèdent l'opération au moyen d'injections et de pansements. j'emploie le formol et les pansements formalinisés.

Opération. -- Position inclinée et incision médiane des parois. L'utérus et ses annexes sont libérés de toutes leurs attaches, sauf des culs-de-sac vaginaux. Avoir soin de ne saisir l'utérus qu'avec la main; tous les instruments tracteurs sont à négliger, à cause de la facilité avec laquelle se déchire le muscle utérin. L'utérus est abandonné et je m'occupe de suite de l'évidement pelvien : Large incision des feuillets des ligaments larges, qui sont rabattus en haut et en bas; dissection profonde des muscles, artères, veines et nerfs, des uretères, avec abrasion des ganglions lymphatiques, des vaisseaux lymphatiques et de tout

le tissu cellulaire; cette dissection remonte jusqu'à l'articulation sacro-iliaque, la dépasse même parfois pour poursuivre les lymphatiques ilio-pelviens; d'autre part, la dissection doit se poursuivre le long des uretères jusqu'à la vessie.

Lorsqu'au toucher et à la vue, il semble ne plus y avoir aucune trace suspecte, un surjet referme les ligaments larges jusqu'au voisinage du col.

Reprenant alors l'utérus de la main gauche, je l'attire fortement en haut, je repère exactement les limites de la portion vaginale et j'incise le vagin circulairement à plusieurs centimètres plus bas. Mon assistant saisit la tranche vaginale avec des pinces à traction, et immédiatement un pansement est placé dans la béance du conduit, refoulant vers la vulve le pansement placé avant l'opération. Deux à trois points séparés rapprochent les parois vaginales sur les côtés. Je laisse la partie médiane sans sutures, l'utilisant pour le drainage consécutif *sous-péritonéal*, drainage qui est unique ou double suivant que je juge bon de drainer séparément chaque ligament large, ou simplement le voisinage de la voûte vaginale. Le péritoine est complètement fermé par un surjet. Je ne draine pas la cavité abdominale.

L'expérience me donne la conviction que l'opération, telle que nous la préconisons, n'est radicale qu'exceptionnellement; avec Richelot et Pozzi, je crois que nos incisions portent sur des tissus sains *en apparence* seulement et que les éléments de la récidive y préexistent avant l'acte opératoire.

Le terme de trois ans, admis par beaucoup, est insuffisant. Les récidives sont fréquentes après trois ans; elles deviennent rares après quatre ou cinq ans, mais on les a vues survenir après six ou sept ans (Segond), douze ans (Olshausen), vingt et un ans (Olshausen). Le terme de cinq ans devrait être pris comme minimum. H. H.

Technique de l'hystérectomie abdominale pour cancer du col de l'utérus, par Jayle. *Presse médicale*, Paris, 6 juillet 1904.

Pour pratiquer l'hystérectomie pour cancer, il faut réaliser trois conditions : 1° enlever avec le col une petite collerette vaginale, de manière à faire une ablation bien complète; 2° supprimer, au cours de l'opération, toute dilacération des tissus cancéreux, afin d'éviter toute récidive par greffe; 3° parer à toute infection de la cavité péritonéale par le contact d'un col ulcéré et septique.

Par le seul emploi d'une pince, la pince de Wertheim, on remplit ces trois conditions.

Jayle ne croit pas à l'efficacité de l'ablation des ganglions pelviens, iliaques et aortiques. Il va de soi qu'on extirpe ceux que l'on voit hypertrophiés, et cette ablation n'empêchera guère la récidive, mais il reste à démontrer qu'il faille systématiquement enlever toute la chaîne lymphatique tributaire de l'utérus. Par conséquent, sauf cas spécial, il n'y a pas lieu de rechercher l'ablation des ganglions.

En revanche, les annexes doivent toujours être enlevées et il est de toute logique de les enlever avec l'utérus.

Ces divers points étant établis, voici comment on peut procéder à l'opération, que l'on pratique avec *un seul aide.*

Premier temps : *Ouverture de la paroi.* — La malade étant en position déclive, incision sur la ligne médiane de 12 à 15 centimètres, plutôt grande, car il ne faut pas être gêné, mais n'atteignant pas cependant l'ombilic en général. — Introduction *en entier* d'une grande compresse à quatre épaisseurs, de 1 m. × 0,50 pliée en quatre, trempée ou non dans une solution de sérum tiède ; cette large compresse isole complètement du pelvis les anses intestinales, refoulées vers le diaphragme ; elle reste en place jusqu'à la fin de l'opération. — Écartement des bords de la plaie par un écarteur mécanique, à deux valves latérales, sans valve sus-pubienne ; sous chaque valve de l'écarteur, les lèvres de la plaie sont recouvertes par une compresse.

Deuxième temps : *Exploration et libération de l'utérus et des annexes.* — Recherche de l'utérus ; chez les vieilles femmes, le corps est presque toujours en rétroflexion et souvent adhérent ; il faut alors le libérer et le dérouler en quelque sorte. Recherche et libération des annexes de l'un et de l'autre côté. Préhension de l'utérus par son fond avec une pince à deux dents.

Troisième temps : *Ligature des deux pédicules utéro-ovariens et des deux ligaments ronds.* — De la main gauche, on saisit les annexes d'un côté et on les tend de manière à bien voir le paquet utéro-ovarien à travers le péritoine. Avec une aiguille courbe, passer un premier fil de catgut n° 1, qui étreigne tous les vaisseaux ; le serrer. Avec la même aiguille, à un demi-centimètre au-dessous, recommencer la même manœuvre. *Deux* fils échelonnés sont ainsi placés sur le trajet des vaisseaux utéro-ovariens : l'emploi de deux fils supprime tout danger d'hémorragie. D'un coup de ciseaux, sectionner le pédicule et pincer un vaisseau du côté de l'utérus, s'il y a lieu.

Ensuite, avec une aiguille courbe, *perpendiculairement* au ligament rond du même côté, passer sous lui un catgut n° 1 ; sur ce ligament serrer le fil et couper le ligament en deçà. Même manœuvre à droite et à gauche.

L'utérus est, dès ce moment, libéré en haut. Un coup de bistouri sectionne alors le péritoine en avant, juste au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, et, avec le doigt armé d'une compresse, on refoule la vessie *très en bas, sur le vagin.*

Quatrième temps : *Ligature des utérines.* — Avec le doigt, on repousse les parties molles de chaque côté de l'utérus et on arrive sur l'utérine. Pour chaque côté, procéder ainsi : récliner l'utérus du côté opposé, bien exposer la région de l'utérine, rechercher l'uretère qu'on doit voir *sans le dénuder* inutilement. Avec une aiguille courbe, passer autour de l'utérine, à 1 centimètre de l'utérus, une ligature et mieux deux ligatures échelonnées. Sectionner entre l'utérus et la ligature. Même manœuvre à droite et à gauche.

Tirer alors sur l'utérus et avec le doigt refouler en dehors les pédicules utérins de manière à bien gagner la base des ligaments larges.

L'utérus se dégage ainsi de plus en plus ; à chaque section de pédicule, il a monté d'un cran, pour ainsi dire, vers la plaie. Il tient encore par une double attache : les ligaments utéro-sacrés et le vagin.

Cinquième temps : *Section des ligaments utéro-sacrés.* — L'utérus étant fortement tiré en haut et en avant, on voit nettement les deux ligaments utéro-sacrés qui retiennent l'utérus. D'un coup de ciseaux, sectionner l'un après l'autre les deux ligaments, perpendiculairement à leur direction. Souvent la tranche saigne : une pince.

Les ligaments utéro-sacrés sectionnés, l'utérus s'échappe d'un nouveau cran. Il ne tient plus que par le vagin.

Sixième temps : *Isolement et section du vagin.* — D'une main, bien tirer sur l'utérus; de l'autre, dégager l'extrémité inférieure du vagin. Avec le doigt, bien isoler, de chaque côté, la base du ligament large; s'il y a lieu, au doigt et aux ciseaux, dégager un petit prolongement néoplasique qui a pu gagner la base d'un ligament large; au besoin, disséquer un uretère. En somme, en avant, en arrière, sur les côtés, arriver sur le vagin.

Le col s'est peu à peu dégagé et, recouvert en majeure partie par le vagin, il apparaît globuleux. En s'aidant d'un écarteur sus-pubien plutôt long que large, on voit très nettement la région. Au toucher, on sent la limite du col; à la vue, on reconnaît les fibres du vagin.

Septième temps : *Placement des pinces.* — Juste au-dessous du renflement du col, placer à droite et à gauche, *avec soin*, une pince en L (pince de Wertheim), dont les becs viennent se rejoindre exactement sur la ligne médiane.

A ce moment, *faire nettoyer le vagin* par une infirmière avec une compresse montée sur une pince, afin de recueillir toutes les sécrétions qui se sont écoulées de l'utérus sous l'influence des tractions au cours de l'opération.

Glisser une compresse dans le Douglas pour recueillir ce qui pourrait s'écouler du vagin au moment de la section.

Au bistouri ou aux ciseaux, sectionner le vagin, juste au-dessous de spinces. L'utérus est enlevé et le vagin ouvert. La lésion cancéreuse n'a pas été vue.

Huitième temps : *Hémostase.* — Avec deux pinces, saisir le vagin en avant et en arrière et passer un surjet au catgut n° 1 comprenant la base de chaque ligament large et la tranche du vagin en avant et en arrière. Placer, s'il y a lieu, des points complémentaires d'hémostase.

Neuvième temps : *Péritonéoplastie.* — Au catgut n° 1 ou n° 0 faire un surjet sur toute la hauteur de chaque ligament large jusqu'au vagin, enfouissant tous les pédicules sous le péritoine.

Dixième temps : *Drainage vaginal et fermeture du ventre.* — Établir un drainage vaginal avec un tube en caoutchouc de un centimètre de diamètre environ et une mèche aseptique. Fermeture de la paroi abdominale en trois plans, sans drainage.

Soins consécutifs. — Les soins consécutifs seront des plus simples. Au-devant du drain et de la mèche péritonéale, on aura placé, à la fin de l'opération, une mèche iodoformée que l'on changera après quarante-huit heures. Vers le troisième ou quatrième jour, on retirera le drain et la mèche vaginale. Au huitième jour, on donnera des injections. Il peut se faire qu'il y ait un peu d'infection de la tranche vaginale. Quelques pansements remédieront assez facilement à cette petite complication.

Durée de l'opération. — L'hystérectomie abdominale, suivant la technique très précise que je donne, est une opération assez longue. Elle dure aisément une heure, dont quinze minutes pour l'ablation de l'utérus et quarante-cinq minutes pour l'hémostase, la péritonéoplastie et la fermeture de la paroi. Elle peut, assez fréquemment, demander cinq quarts d'heure.

Telle est l'opération qu'a pratiquée Jayle six fois avec six succès, et qui n'est en somme qu'une opération de Wertheim légèrement modifiée.

H. H.

Contribution à la statistique du cancer de l'utérus inopérable (Beitrag zur Statistik des inoperables Uteruscarcinoms). E. Liek, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, août 1904, p. 227.

Les travaux relatifs aux terminaisons des cancers de l'utérus reconnus inopérables et basés sur des matériaux cliniques sont rares [Gebauer (1), Berton (2), Eyring (3), Blau (4)]. Le suivant est destiné à présenter les observations faites sur ce sujet dans la clinique de Martin et à sa poclilinique (à Greifswald), du 1er avril 1899 au 1er mars 1904. En principe, tout sujet atteint de cancer est admis, Or, durant la période de temps indiquée ci-dessus, 2.724 malades se présentèrent sur lesquels il y eut 165 cancers de l'utérus, c'est-à-dire 6 p. 100 (bien entendu les récidives qu'on peut observer à la suite d'opérations radicales ne sont pas comptées ; de même, on ne compta qu'une fois les malades qui se présentèrent à des époques différentes). De ces 165 cancers, 45 furent soumis à une opération radicale, soit 57,6 p. 100; 70, *c'est-à-dire 42,4 p. 100, furent reconnus inopérables.* A propos du traitement de ces cancers, reconnus inopérables, l'auteur écrit :

« Depuis 1877, A. Martin a expérimenté toute méthode qui semblait promettre une chance de succès. Certains procédés, comme l'électrolyse, furent tôt abandonnés, parce qu'ils étaient tout à fait inefficaces. Le traitement par le chlorure de zinc, suivant la méthode de Labbé (de Paris), que plus tard préconisa vivement Ély van de Warker (5), se montra plus utile. Toutefois, cette méthode, si satisfaisante que fussent ses résultats, avait de gros défauts (hémorragies secondaires graves, cautérisations involontaires d'organes voisins, etc.) Aussi. A. Martin revint-il à l'ancienne méthode du curage, de l'évidement (exkochleatio) suivie de cautérisation, qui fut appliquée 60 fois sur les 70 cas de cancer inopérable dont il s'agit ici. Après 2 à 3 jours de préparation de la malade, l'intervention est faite sous narcose. Les organes génitaux ayant été très soigneusement désinfectés, on enlève avec la curette et la cuiller tranchante le plus possible du néoplasme ; les bords de la perte de

(1) Gebauer, *Beitrage zur Lehre vom inop. Uterus carcinum.* Halle, 1896.

(2) Berton, *Ueber den Einfluss der Exkocleation auf die inkurabel Carcin. des Uterus.* Munich, 1896.

(3) Eyring, *Ueber die Behand. des vorgesch. Carcinoms uteri mit dem Ferrum caudens* Erlangen, 1899.

(4) Blau, *Ueber die Dauerefolge der in der Klinik Chrobak bei inoperab. Gebarmutterkrebs ausgef. Exkocleationen Chrobak-Fetsch.* Vienne, 1903.

(5) Ely van de Warker, *Annales de gynéc. et d'obst.*, septembre 1884, p. 196.

substance sont égalisés aux ciseaux, puis la cavité, plus ou moins grande, est énergiquement cautérisée au Paquelin. Tamponnement ensuite avec de la gaze imbibée de solution de perchlorure de fer ; le tampon est enlevé au bout de 3 à 5 jours. On s'applique ensuite à assurer aux malades une nourriture fortifiante et les meilleures conditions générales d'hygiène. Les opérées restent de 8 à 14 jours au lit. — Le plus souvent, après l'enlèvement du tampon, le traitement local consiste dans des lavages au thymol. Des 60 femmes ainsi opérées, une seule succomba immédiatement après l'opération (femme de 45 ans, réduite à l'état le plus précaire, cancéreuse et phtisique). Toutes les autres supportèrent bien l'intervention. Un tiers environ dans les jours qui suivirent eurent quelques mouvements de fièvre ; d'ailleurs, nombre d'entre elles en avaient eu avant, par le fait probablement de la mortification du carcinome. A quelques exceptions près, les résultats immédiats de l'évidement furent bons (suppression presque constante de l'écoulement, des hémorragies, moins constamment des douleurs ; retour de l'appétit, relèvement des forces physiques et morales). Localement, même constatation, au moment du départ (12 à 14 jours après l'intervention), d'une amélioration. Non pas à la vérité, une diminution de l'infiltration des paramétriums, mais souvent à la place de l'ulcère à sécrétion ichoreuse, fétide, une surface cruentée unie, en voie de granulation. Mais, évidemment, il ne s'agit là que d'une amélioration seulement passagère ; tôt ou tard, la tumeur reprend son volume primitif ; les symptômes initiaux, hémorragies, écoulements, douleurs, reparaissent, s'accentuent ; des effractions, se font vers la vessie, le rectum, etc. ; finalement, les malades meurent par épuisement, ou finissent dans des états urémiques, consécutifs aux compressions des uretères. »

La *durée moyenne de la vie* après la sortie de la clinique ou plutôt après l'intervention a été de 228 jours.

Cette moyenne est presque la même que celle indiquée dans les travaux correspondants : Gebauer donne 229 jours, Eyring, 224 ; Berton, 281 ; Blau, 252 jours.

Intervalle moyen de temps depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'au moment où la femme est venue prendre avis à la clinique. — L'enquête faite a permis de l'évaluer à 6 mois et demi, en sorte qu'on est conduit à fixer *en moyenne la durée du cancer de l'utérus depuis les symptômes du début jusqu'à la mort à 14 mois.*

Femmes qui subirent à la clinique plusieurs fois l'évidement, le curage des tissus néoplasiques. — Elles furent au nombre de 3, et toutes 3 dépassèrent de beaucoup la moyenne de survie indiquée ci-dessus (305, 707, 535 au lieu de 228 jours). Le nombre des cas est évidemment trop faible pour autoriser à des déductions précises ; il permet toutefois de se demander si précisément par des curettages réitérés il ne serait pas possible de *prolonger davantage les sujets atteints de cancer inopérable* (observations encourageantes de Lomer, Gebauer, Berton, Eyring, Blau).

Résultats obtenus à la clinique de Martin par le curage et la cautérisation

dans les cas de récidive après extirpation totale de l'utérus cancéreux. — Dans ce même intervalle de temps, 1er avril 1899 au 1er mars 1904, on a reçu 16 femmes avec ce diagnostic de récidive après extirpation totale de l'utérus pour cancer de la matrice (13 avaient été opérées à la clinique, 3 par d'autres gynécologues). De l'enquête faite, il ressort que la période moyenne de temps écoulée depuis l'opération radicale jusqu'à la mort par récidive a été de 21 mois et demi, et que la *survie moyenne* depuis le moment du curage pour récidive jusqu'à la mort a été de 10 mois et demi; 9 femmes ont survécu plus d'un an, 3 plus de 2 ans après l'hystérectomie totale. Il n'a pas été observé de guérison définitive, comme en a signalé Schrœder, après curage pour récidive.

R. L.

De l'état du myométrium dans les cancers de l'utérus (Die Beschaffenheit des Mesometrium bei Uteruscarcinomen). A. THEILHABER et HOLLINGER, *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIII, Hft. 1, p. 1.

Il s'agit là d'une question non absolument neuve. Fritsch avait déjà écrit : « Le développement d'un cancer rend presque toujours l'utérus plus gros et plus vasculaire. Tous les caractères microscopiques, reconnus d'ordinaire à la métrite chronique, s'y retrouvent. » D'autre part, Bertelsmann avait fait des recherches sur l'état du myométrium dans les cas de myome et de cancer, et avait constaté, particulièrement dans le cas de cancer, des processus hyperplasiques. C'est aussi dans le but de se rendre compte de la fréquence de cette modification hyperplasique du myométrium, de son hypertrophie, de la nature et de l'étiologie de cette hypertrophie, coexistant ou en connexion directe avec le cancer, aussi bien du col de l'utérus que du corps, que les auteurs ont très soigneusement examiné 20 utérus enlevés pour néoplasme cancéreux. Or, ils ont reconnu que l'hypertrophie du myométrium était dans un certain nombre de cas due à une hyperplasie musculaire; que dans d'autres, au contraire, elle était due à une surproduction de tissu connectif, pouvant coïncider avec une atrophie réelle des éléments musculaires. L'*hypertrophie musculaire* fut rencontrée même chez des femmes arrivées à la période de la ménopause, où en général l'élément contractile se raréfie, se réduit à l'encontre de l'élément connectif, et cette hypertrophie musculaire a paru aux auteurs être en relation étiologique avec le cancer et due : 1° à une irritation, fonction du processus néoplasique, et 2° dans quelques cas de développement néoplasique polypiforme, à une *hypertrophie* dite de *travail* (efforts faits par l'organe pour se débarrasser de l'élément morbide). Quant à l'hypertrophie connective, ils l'ont tenue pour le résultat d'un processus physiologique, normal chez les femmes au voisinage de la ménopause, partant pour être tout à faite indépendante du cancer.

R. L.

Des organes lymphatiques des organes génitaux féminins et de leurs altérations dans les maladies malignes de l'utérus (Die Lymphorgane der weiblichen Genitalien und ihre Veranderongen bei malignen Erkrankungen des Uterus). P. Kroemer, *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIII, Hft. 1, p. 57.

L'auteur s'est déjà beaucoup occupé de cette question, et l'un de ses plus récents travaux nous avait fourni les éléments d'une revue générale (1).

Le mémoire actuel, considérable, fournit, indépendamment de résultats nouveaux, les renseignements les plus complets sur l'historique, l'anatomie et l'anatomie pathologique de la question.

Les recherches personnelles de l'auteur faites à la clinique de Giessen ont porté sur un ensemble de pièces relativement peu nombreuses :

14 cadavres d'enfants, 7 cadavres d'adultes ayant succombé à des affections intercurrentes, 9 cadavres de cancéreux, indépendamment d'autres pièces cancéreuses obtenues chirurgicalement. Les 14 cadavres d'enfants et 2 d'adultes furent soumis à des injections, pour lesquelles on utilisa la solution de Polano (2).

Dans une vue d'ensemble et dans des chapitres spéciaux pour les divers organes, les résultats de l'auteur, complétés par les observations d'autres auteurs, sont sommairement présentés. Sur un certain nombre de points de certaine importance, l'auteur s'est efforcé de compléter les notions acquises relativement aux ganglions et aux vaisseaux lymphatiques et à préciser des points restés indécis. Ainsi, il a noté comme constants les ganglions lymphatiques obturateurs et recto-vaginaux au niveau de la terminaison de l'utérine. De même, il a démontré la présence constante chez les enfants et les adultes des noyaux lymphatiques intermédiaires dans le système lymphatique du paramétrium. Il a également démontré par voie d'injection et par l'examen microscopique la seconde connexion du col de l'utérus à travers le ligament sacro-utérin avec les ganglions de la région sacro-latérale (Peiser), etc. L'étude des troncs vasculaires totalement libérés des tissus sous-jacents est particulièrement instructive. Elle montre que les ganglions hypogastriques qu'on connaît ne sont que la partie superficielle des ganglions existant en réalité dans ce triangle vasculaire. Situés profondément et inaccessibles sur le vivant sont les ganglions lymphatiques ischiatiques et obturateurs et les ganglions lymphatiques recto-vaginaux. En outre, les gros vaisseaux sanguins sont enveloppés par les vaisseaux lymphatiques, de sorte qu'il est impossible de libérer les éléments lymphatiques *in continuo* sans décollement des vaisseaux sanguins.

---

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, mai 1904, p. 294.

(2) Du bleu de Prusse est broyé dans un mortier avec de l'éther. On verse cette solution sur du camphre pulvérisé, bien sec, déshydraté.

Il suffit de quelques centimètres cubes pour liquéfier immédiatement une grande quantité de camphre. Cette solution, qui est extrêmement fluide une fois obtenue, est de suite coulée, à travers un double papier buvard à filtrer, dans une bouteille à solide fermeture. Avant de s'en servir, on ajoute quelques gouttes de chloroforme par 10 centimètres cubes, quantité qui correspond aux seringues à injection de Gerota.

Kroemer a, d'autre part, fait des recherches microscopiques sur des préparations injectées, afin de mettre en évidence la fine structure des vaisseaux parenchymateux avalvulaires, etc. Il a confirmé l'opinion de Léopold sur la structure adénoïde du stroma de la muqueuse interne, ainsi que les données de Sappey, Poirier et Bruhns sur un système bien développé de vaisseaux lymphatiques préformés, allant jusqu'à la surface de la muqueuse. Il a de même manière démontré les vaisseaux parenchymateux des trompes et de l'ovaire et finalement les propriétés caractéristiques des vaisseaux efférents, non anostomotiques, pourvus de valvules, qui conduisent aux étapes ganglionnaires.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur développe complètement la question de la façon d'agir des tumeurs de l'utérus sur les ganglions lymphatiques, comment elles les modifient. Comme Cullen, Kroemer est arrivé à cette conclusion, que les tumeurs croissent essentiellement par continuité et qu'elles n'atteignent pas les ganglions lymphatiques de bonne heure. Contrairement à Cullen toutefois, l'auteur, se basant sur ses constatations microscopiques, fait cette restriction que certaines tumeurs, caractérisées par leur siège et leur structure histologique, peuvent de bonne heure opérer des infections ganglionnaires (33 p. 100) : sarcomes polymorphes, endothéliomes, cancers du col infiltrants, à décomposition rapide, cancers avec gestation. Pour ces tumeurs, et à bon droit, Kroemer réclame une application plus grande de l'intervention abdominale, tandis que le cancer de la portion et du corps de l'utérus, reconnu tôt, lui semble parfaitement justiciable de l'extirpation vaginale totale, avec le secours de l'incision périnéo-vaginale.

De ses recherches, il tire les conclusions suivantes : 1° une excision exploratrice avec examen microscopique minutieux est indispensable pour bien poser les indications ; 2° dans les statistiques, il faut séparer des autres les femmes opérées radicalement chez lesquelles la recherche des ganglions a été positive ; 3° les sujets qui viennent à la nécropsie doivent être le plus possible utilisés pour les recherches microscopiques (1).

De nombreuses figures accompagnent ce laborieux et très instructif travail.

R. L.

Les limites de l'intervention opératoire dans le cancer du col (The limitation of operative intervention in cancer of the cervix uterin) par Edward A. Balloch, *American Journal of obstetrics*, décembre 1904, p. 737.

Dans ce travail Balloch confesse notre impuissance en présence de la plupart des cas de cancers utérins qui se présentent au chirurgien. L'hystérectomie vaginale lui semble n'être qu'un traitement palliatif ; seule l'opération abdominale avec excision de la partie supérieure du vagin peut donner des succès définitifs si le diagnostic a été porté assez tôt.

(1) *Centralblatt fur Gynæk.*, 1905, n° 51, p. 1583.

BIBLIOGRAPHIE

Arteria uterina ovarica. The utero-ovarian artery or the genital vascular circle, par Byron Robinson. Colegrove éditeur, Chicago 1903.

Dans cet ouvrage, l'auteur nous donne une description très complète de l'artère utéro-ovarienne et de l'utérine ou, comme il dit. du cercle vasculaire génital. De nombreux dessins éclairent les descriptions faites d'après les dissections de l'auteur. Il est certain que Robinson a dû consacrer un temps très long à la préparation de cet ouvrage ; il est regrettable pour lui qu'il ait ignoré les importantes recherches de Fredet sur cette question, il y aurait trouvé la confirmation de bien des points sur lesquels il insiste aujourd'hui.

Manual of antenatal pathology par J. W. Ballantyne. William Green, éditeur, Edinburgh, 1904.

Ballantyne nous est déjà bien connu par les nombreux travaux qu'il a publiés sur les maladies du fœtus et sur la tératologie. La plus grande partie du volume, qu'il publie aujourd'hui, est consacrée à la pathologie de l'embryon, qui pratiquement se confond avec la tératologie. Sans négliger la description des diverses monstruosités et tout en s'appuyant sur elles pour élucider certaines questions de développement, Ballantyne s'attache spécialement à étudier la pathogénie de ces formations anormales. De nombreux dessins bien exécutés, une bibliographie exacte et complète ajoutent à l'intérêt de ce volume, dont nous ne pouvons donner l'analyse détaillée, mais dont nous conseillons la lecture à tous ceux que ces questions intéressent. La compétence toute spéciale de son auteur est un sûr garant de sa valeur.

Travaux de chirurgie anatomo-clinique, par Henri Hartmann, deuxième série. Paris, G. Steinheil, 1904.

Continuant la publication des travaux faits dans son service, Hartmann nous donne aujourd'hui un volume, dont la plus grande partie est consacrée à l'étude des maladies chirurgicales du rein. Nous mentionnerons en particulier un très important mémoire de M. Lecène, couronné par la commission du prix Civiale et traitant complètement la question des tumeurs solides du rein. De nombreuses observations personnelles, une bibliographie exacte, une saine appréciation des faits, font que ce travail constitue l'exposé le plus complet que nous ayons actuellement sur les tumeurs solides du rein, sur leur anatomie pathologique, leur étiologie, leur symptomatologie et leur traitement.

Dans le même volume MM. Hartmann et Lecène étudient les tumeurs de la capsule surrénale, encore mal connues en France. Le rapprochement anatomo-

pathologique de certaines tumeurs du rein et des tumeurs de la capsule surrénale conduit les auteurs à adopter pour bon nombre de tumeurs malignes du rein la théorie qui veut qu'il ne s'agisse là que d'hypernéphromes. C'est à ces hypernéphromes qu'il faut rattacher les tumeurs décrites à tort par Albarran sous le nom d'épithélioma à cellules claires, les cellules n'étant claires que lorsqu'elles sont dégraissées. Le rapprochement de photographies microscopiques d'épithéliomas de la capsule surrénale et de certains épithéliomas du rein permet de constater qu'il y a identité absolue. M. Lecène est, du reste, arrivé à obtenir le développement de tumeurs par la greffe expérimentale de fragments de capsule surrénale d'embryon.

On trouve dans le même volume des mémoires de M. Hartmann sur les kystes du rein, sur la conduite à tenir en présence des déchirures de la veine cave survenues au cours de la néphrectomie, sur le meilleur moyen d'étudier la manière dont se fait l'évacuation des reins, etc. Une documentation précise et de très nombreux dessins, 105, exécutés d'après des documents inédits, font que cet ouvrage sera consulté utilement par tous ceux que la chirurgie rénale intéresse.

Atlas-Manuel de Technique gynécologique, par les docteurs Schaeffer, P. Segond et O. Lenoir. J.-B. Baillière et fils, Paris, 1905.

A l'heure actuelle, grâce aux progrès incessants de la technique chirurgicale, grâce aux indications opératoires plus précises, basées sur des notions cliniques et pathogéniques plus complètes, la chirurgie gynécologique est devenue d'une très grande bénignité, et la gynécologie est presque tout entière passée du domaine de la médecine dans celui de la chirurgie.

L'*Atlas-Manuel de Gynécologie* de Schaeffer, que nous avons annoncé en son temps, permet au praticien de se mettre rapidement au courant des conquêtes les plus récentes de la gynécologie moderne. C'est avant tout un guide clinique, dans lequel les questions de diagnostic et de traitement sont exposées avec le plus grand soin.

L'*Atlas-Manuel de Technique gynécologique* de Schaeffer, que publient aujourd'hui MM. P. Segond, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Lenoir, ancien interne des hôpitaux, est la suite et le complément de l'*Atlas-Manuel de Gynécologie*. On y trouvera représentées les diverses phases des principales opérations gynécologiques.

Voici un aperçu des matières traitées :

I. *Opérations que l'on peut pratiquer sans le secours du spéculum* : Restauration périnéale totale. Suture d'une déchirure périnéale. Extirpation de la région vulvaire ou de l'hymen. Opérations contre l'incontinence d'urine. — II. *Opérations qui se pratiquent après simple écartement des parois vaginales* : Colporrhaphie. Colpopérinéorrhaphie. Colpocystotomie. Traitement opératoire de la fistule recto-vaginale. — III. *Opérations pratiquées après dilatation préalable du canal cervical utérin*. Cathétérisme. Curettage. Extirpation des polypes. — IV. *Opérations pratiquées après incision du cul-de-sac anté-*

rieur et dilatation sanglante du col. Cure opératoire des fistules cervico-vésicales et urétérales. Ouverture des abcès péri-utérins. — V. *Opérations exécutables après ouverture du cul-de-sac vésico-utérin* (colpocœliotomie antérieure). Opérations sur les annexes. — VI. *Opérations exécutées après ouverture du cul-de-sac de Douglas*: Traitement opératoire de la grossesse ectopique. VII. *Opérations pratiquées après l'ouverture de l'un ou des deux culs-de-sac péritonéaux et incision de l'une des parois de l'utérus.* — VIII. *Extirpation vaginale totale de l'utérus.* — IX. *Opérations pratiquées sur les organes génitaux après ouverture de l'abdomen*: Cœliotomie. — X. *Opérations d'Alexander Adam.*

Manual of diseases of women, par MACNAUGHTON JONES (1 vol. Baillière, Tindall and Co, London, 1904).

Ce fort volume de plus de 1000 pages, richement et abondamment illustré, représente une très bonne mise au point de la pathologie et de la thérapeutique gynécologique actuelle. L'auteur s'est attaché à multiplier les figures, et nous ne pouvons que l'en féliciter; un certain nombre d'illustrations sont originales, d'autres sont empruntées aux livres classiques de Howard Kelly, Bumm, Doyen, etc. Une table des matières analytique très détaillée rend les recherches très faciles dans ce livre. En résumé, cet ouvrage fait le plus grand honneur à la gynécologie anglaise, et nous ne pouvons qu'en recommander la lecture. Ajoutons en terminant que l'auteur a traité également dans cet ouvrage, destiné surtout à la gynécologie, des affections de l'appareil urinaire de la femme. P. LECÈNE.

VARIÉTÉ

La Société internationale d'Obstétrique et de Gynécologie a fixé le lieu de réunion du 5me Congrès à Saint-Pétersbourg. Le Comité d'organisation de ce Congrès, institué sous la présidence de M. le professeur DMITRI de OTT et ayant pour membres tous les professeurs et représentants des écoles supérieures d'obstétrique et de gynécologie de la Russie, a décidé que ledit Congrès se tiendra du 11 au 18 septembre 1905.

Les questions, qui seront posées à l'ordre du jour du Congrès, sont les suivantes :

I. La voie vaginale dans l'accouchement et dans la gynécologie.

II. De l'accouchement forcé.

III. Le traitement chirurgical des fibromyomes utérins.

IV. L'appréciation comparée de différentes méthodes du traitement opératoire des rétro-déviations de l'utérus.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

G. STEINHEIL, Éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

VIENT DE PARAITRE

TRAITEMENT

DU

CANCER DE L'UTÉRUS INOPÉRABLE

Par le Docteur RÉCAMIER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris : ancien aide d'Anatomie à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital libre Saint-Michel.

Un vol. in-8 carré de 214 pages. — Prix : **3** fr. **50.**

Ce livre, écrit avec méthode et clarté et avec beaucoup de souci de l'exactitude par un homme ayant l'expérience de la question, peut rendre les plus grands services au praticien, souvent en complet désarroi et trop prompt au découragement en face des rancœurs de la maladie en question.

Tout ce qui a été proposé de raisonnable pour soulager les malheureuses qui en sont atteintes est passé au crible d une judicieuse critique. Après avoir abordé les *indications de l'hystérectomie*, l'auteur expose d'une façon très complète, dans ce qu'elle a de spécial au cancer utérin, *la technique du curettage* et des *divers procédés de cautérisation ignée et chimique.* Mais nous recommandons tout particulièrement la lecture des pages relatives aux *pansements*, au *traitement palliatif des fistules, de l'incontinence, de la douleur, de l'urémie et de l'anurie*, au *traitement général*, à *l'hospitalisation* et enfin à *l'action morale du médecin.* C'est dans cette seconde moitié de l'ouvrage que l'auteur donne vraiment sa note personnelle. On chercherait vainement ailleurs un ensemble de conseils aussi directement pratiques.

TRAVAUX DE CHIRURGIE ANATOMO-CLINIQUE

Par Henri HARTMANN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

DEUXIÈME SÉRIE. — **VOIES URINAIRES — TESTICULE**

Statistique du service Civiale, par HARTMANN. — Les tumeurs de la capsule surrénale, par HARTMANN et LECÈNE. — Etude sur les tumeurs solides du rein, par LECÈNE. — Kystes du rein, par HARTMANN. — De la conduite à tenir en présence d'une déchirure de la veine cave au cours de la néphrectomie, par HARTMANN. — Quel est le meilleur moyen d'étudier la manière dont se fait l'évacuation du contenu des reins ? par HARTMANN. — Anatomie des glandes bulbo-uréthrales, par P. LEBRETON. — Note sur un cas de kyste développé aux dépens d'une glande bulbo-uréthrale, par HARTMANN. — Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine, par HARTMANN. — L'épithélioma primitif de l'urèthre prémembraneux chez l'homme, par LAVENANT. — Tuberculose de l'urèthre simulant un néoplasme, par LECÈNE et PRAT. — Etude sur la tuberculose expérimentale du testicule, par CH. ESMONET. — Technique des orchites expérimentales par voie artérielle spermatique, par CH. ESMONET. — Hydrohématocèle en bissac infectée de dimensions énormes, par HARTMANN. — Note sur la bactériologie des vaginalites aiguës, par HARTMANN, ESMONET et LECÈNE. — Note sur l'histologie de l'épididymite blennorrhagique, par B. CUNÉO.

1 vol. in-8 grand-jésus de 340 pages avec 105 figures. Prix : **15** francs.

Paru précédemment :

PREMIÈRE SÉRIE. — **Voies urinaires. Estomac.** — Avec la collaboration de MM. B. CUNÉO, DELAAGE, P. LECÈNE, LEROY, G. LUYS, PRAT, G.-H. ROGER, SOUPAULT. Un vol. in-8 grand-jésus de 360 pages avec 113 figures dans le texte. Prix : **15** francs.

Supplément aux *Annales de Gynécologie.* — Février 1905.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De l'apiol.

L'apiol est le principe actif de la semence de persil, dont les propriétés emménagogues sont incontestables et reconnues par la plupart des auteurs qui l'ont étudié (Bouchardat, Bouchut, Siredey, etc.). Cette action est utilisée surtout dans la dysménorrhée, quand celle-ci doit être traitée, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une inflammation de l'utérus ou des annexes. L'indication principale est fournie par les règles douloureuses des jeunes filles, dont la *Gazette hebdomadaire* a étudié le traitement dans un article récent. Ajoutons que l'apiol se serait montré efficace dans les fièvres intermittentes de moyenne intensité (Manquat).

Doit-on donner le nom d'apiol au liquide oléagineux, non volatil, d'une coloration variant du jaune ambré au vert et même au vert brun, de saveur âcre et piquante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme? Ou bien ce liquide n'est-il autre chose qu'un produit complexe, dans lequel on peut isoler un principe actif cristallisable? Ce sont là des points qui ne sont pas encore définitivement tranchés et sur lesquels les opinions des chimistes varient avec leurs pays d'origine.

Tandis que l'apiol liquide semble ou plutôt semblait, il y a encore peu d'années, prévaloir en France et en Belgique, en Allemagne, au contraire, l'apiol cristallisé est adopté à l'exclusion des autres formes sous lesquelles il peut être obtenu.

La caractéristique de ce désaccord est fournie par ce fait assez curieux que quelques fabricants allemands qui, dans leur préparation de l'apiol, obtiennent le principe cristallisé à côté du principe liquide, se réservent le premier pour les besoins de la consommation allemande et livrent à la consommation française le principe liquide, qu'ils ne peuvent écouler chez eux.

Si l'on admet l'opinion qui prédomine en Allemagne et à laquelle de sérieux travaux des chimistes allemands ont ajouté un regain d'intérêt (*Annales de Merck*, 1896-98), l'apiol, chimiquement pur, serait un corps cristallisé en aiguilles blanches, fusibles à + 30°, bouillant vers + 300°, et, comme l'apiol liquide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et le chloroforme.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une façon bien formelle sur les données contradictoires fournies par la pharmacopée franco-belge d'une part, la pharmacopée allemande d'autre part. Le mieux est donc d'augurer, non de telle ou telle constitution chimique, mais seulement des effets thérapeutiques qu'on en a obtenus. Ici encore la clinique reste souveraine et c'est à elle qu'il faut s'en rapporter pour faire un choix entre les deux produits.

Or une expérience de plus de dix années semble établir que l'apiol cristallisé réunit au plus haut degré toutes les qualités requises de cette substance. Mais, pour cela, il est nécessaire que la préparation pharmaceutique soit obtenue de telle manière que les principes utiles de la semence de persil, cristallisables ou non cristallisables, s'y trouvent associés, à l'exclusion des substances féculentes ou résineuses dont il convient de débarrasser l'apiol. Leur présence modifie même le poids spécifique de l'apiol liquide, qui tombe au fond de l'eau ou surnage, selon les éléments étrangers qui peuvent s'être introduits ou maintenus dans la préparation par les dissolvants employés au traitement de la semence de persil.

Sans doute, la question est encore à l'étude ; mais, comme le produit cristallisé a une action thérapeutique absolument identique au produit huileux complexe connu sous le nom d'apiol, *le praticien devra toujours prescrire de préférence l'apiol cristallisé*, qui lui donnera les garanties de pureté qui font défaut à la forme liquide dont la coloration, le poids spécifique varient avec les méthodes de préparation.

L'apiol s'emploie à la dose de 25 à 75 centigrammes par jour sous forme de capsules gélatineuses de 15 centigrammes de substance active *en solution huileuse*. C'est le seul mode pratique d'administration.

L'Usine Française (Goy et Cie) est la seule qui prépare cet apiol cristallisé, de pureté certaine.

PROPHYLAXIE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Par M. le professeur A. PINARD.

Au cours de la si remarquable communication qui nous a été faite par M. Fournier, communication écoutée par l'Académie avec tant d'intérêt et qui nous a tous instruits autant que charmés, notre éminent et vénéré collègue a ouvert une parenthèse, qu'il a très modestement intitulée : *Digression* (voir *Bulletin de l'Académie*, p. 69, séance du 21 février).

Or, l'objet de cette digression ne concerne rien moins qu'un des chapitres les plus importants de l'histoire de la procréation chez les syphilitiques.

Notre maître a ainsi voulu faire justice de « ce préjugé banal, très accrédité du public, trouvant grâce également devant certains de nos confrères, préjugé d'après lequel la naissance d'un enfant sain et, *a fortiori*, de plusieurs enfants sains serait pour le père un certificat de guérison ».

Combien il a eu raison, et combien pour ma part je lui suis reconnaissant comme puériculteur ! Aussi, après lui et avec lui, je viens m'élever contre ce préjugé, qui n'est qu'une erreur ayant pour effet les conséquences les plus lamentables. Et puisque la porte a été entr'ouverte par mon maître, je profite de l'occasion pour l'ouvrir davantage et exposer brièvement ici l'un des points de l'histoire de la syphilis dans ses rapports avec la procréation, c'est-à-dire avec l'espèce.

Depuis Paracelse (1529), nous savons que la syphilis se transmet par hérédité : « Souvent, dit A. Paré, on voit sortir les petits enfants hors le ventre de leurs mères ayant cette maladie, et tôt après avoir plusieurs pustules sur leurs corps ; lesquels, estant ainsi infestés, baillent la vérole à autant de nourrices qui les allaitent. »

Mais si, depuis cette époque, suivant la suggestive expression de Diday, nous savons qu'il existe une *vérole spermatique*, si les recher-

ches, les observations, les travaux de Bertin, de Diday, de Parrot, de Fournier père et fils, nous ont renseignés et éclairés sur beaucoup de points, combien sommes-nous encore ignorants sur beaucoup d'autres, et non des moins importants !

Si aujourd'hui, grâce en particulier à la dynastie des Fournier, nous connaissons les multiples méfaits de l'hérédité syphilitique, si nous savons que cette hérédité se manifeste sous deux formes bien distinctes: l'une *hérédité contagieuse* ou *virulente*, l'autre simplement *dystrophique*, nous ignorons encore le pourquoi de ces deux modalités. Les conditions qui font que la progéniture de tel syphilitique sera syphilitique dans toute l'acception du mot, c'est-à-dire capable de transmettre elle-même la syphilis *en nature*, et que la progéniture de tel autre syphilitique ne sera que plus ou moins endommagée, sans présenter jamais de lésions contagieuses, nous sont encore, à l'heure actuelle, absolument inconnues.

Par exemple, ce que nous savons bien aujourd'hui, c'est que tel syphilitique dans des conditions spéciales, conditions sur lesquelles je vais revenir dans un instant, après avoir procréé un, deux, trois enfants sains, peut procréer des enfants présentant tout le cortège symptomatique de la syphilis héréditaire ou congénitale. M. Fournier disait : « Je suis certain que mes collègues accoucheurs ne me contrediront pas sur ce point. » Assurément, mon cher maître. Etant donné le nombre d'observations rassemblées à ce point de vue, on peut et on doit affirmer que le fait est incontesté et incontestable. Pour ma part, j'ai pu vous en montrer plusieurs, cher Maître, alors que les pères avaient été soignés par vous-même. J'en ai montré à notre collègue Parrot, et je suis convaincu que mon collègue et ami Duguet n'a pas oublié l'observation d'un enfant qu'il a soigné avec moi, enfant mort 15 jours après sa naissance d'accidents hérédo-syphilitiques, alors qu'un frère et une sœur nés avant lui d'un même père se portaient bien et se portent très bien encore aujourd'hui. J'ai même vu un syphilitique, traité par le docteur Simonet pendant huit ans, procréer six enfants bien portants — ils le sont encore aujourd'hui, et l'aîné a 27 ans — et en procréer un septième ayant présenté toutes les lésions de la syphilis héréditaire et en mourant, deux mois après sa naissance.

Je ne puis et ne veux discuter ici la question de doctrine. Je ne veux point, m'appuyant sur des hypothèses, chercher à expliquer ces faits, qui sont si nettement en contradiction avec ce qu'on a appelé la

loi de décroissance, c'est-à-dire avec l'usure et l'épuisement de la dyscrasie syphilitique. Je veux simplement, pour le moment, proclamer avec mon maître et collègue M. Fournier que la procréation d'un enfant sain par un syphilitique ne constitue en aucune façon un certificat de guérison.

Cela dit, je passe à d'autres questions. Dans quelles circonstances a-t-on constaté que les syphilitiques pouvaient procréer des enfants sains ? Quand ces syphilitiques avaient suivi un traitement méthodique et prolongé. Mais ce que je viens de dire il y a un instant prouve que ce traitement, qui avait pu permettre des procréations plus ou moins saines, est en somme insuffisant pour toute la durée de l'aptitude à la reproduction. Laissant de côté les conclusions logiques qui doivent résulter de ces observations au point de vue du traitement des individus, n'envisageant ici que le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis, je conclus par cette formule : *Tout syphilitique qui veut sagement et sainement procréer doit auparavant se soumettre à une retraite médicamenteuse rigoureuse.*

Jusqu'à présent, il faut l'avouer, les médecins en général, et les syphiligraphes en particulier, se sont surtout évertués à bien traiter le malade, le support et la victime de la syphilis ; ils ont même cherché de leur mieux à le rendre inoffensif pour les autres individus nés, mais ils ont trop peu songé à l'espèce pour la plupart. Je m'explique.

Au point de vue de la prophylaxie, les médecins ont bien songé à la prophylaxie de la syphilis dans le mariage, mais en considérant surtout la femme. Oh ! je ne veux pas dire qu'ils n'ont pas rendu ainsi d'immenses services, car je suis le premier à les reconnaître et à les proclamer. Ainsi, je suis heureux de dire ici que, depuis plus de vingt-cinq ans, je n'ai pas vu un syphilitique se mariant dans les conditions conseillées par les médecins, et par vous en particulier, monsieur Fournier, je n'ai pas vu, dis-je, un seul mari contaminer sa femme.

Je ne viens pas ici vous adresser un reproche, je viens vous demander de nous rendre encore un grand service, je viens vous supplier de faire pour l'espèce ce que vous avez si bien fait pour l'individu : avec votre si haute et légitime autorité, aidez-nous à faire de la saine puériculture.

Ne vous contentez plus, syphiligraphes, de dire à vos clients : Vous avez suivi un traitement rigoureux, vous ne présentez plus aucune mani-

festation de syphilis, vous pouvez vous marier ; mais dites à tous vos clients qui viendront vous consulter pour savoir s'ils peuvent se marier : Vous avez suivi consciencieusement le traitement que je vous ai conseillé ; vous ne présentez plus trace d'accidents, mais si vous voulez vous marier, c'est-à-dire vous constituer une famille, il faut, pour procréer sainement, suivre à nouveau un traitement, non pas pour vous, mais pour vos enfants à venir.

En quoi doit consister ce traitement ? Déjà, des syphiligraphes se sont occupés de cette importante question. Ainsi dans leur article *Syphilis congénitale* (in *Dict. encyclop. des sciences médicales*), travail si sérieux et si consciencieux, Paul Diday et Emile Diday ont conseillé un traitement prophylactique, et je leur en sais grand gré. Mais ils ne sont pas allés assez loin. Pour eux, une catégorie de syphilitiques seulement doit se traiter. A les en croire, les syphilitiques soignés sérieusement antérieurement et ne présentant plus la moindre trace de manifestation syphilitique pourraient procréer sans traitement préventif.

Je suis convaincu, pour ma part, que cette manière de voir aboutirait souvent à des désastres.

Pour moi, il n'y a pas de catégorie à faire parmi les syphilitiques ; tous les syphilitiques doivent, avant de procréer, faire la *cure de l'hérédité*.

De plus, les auteurs que je viens de citer pensent que quand un traitement est jugé nécessaire, un traitement d'un mois ou six semaines suffit.

Je ne partage pas non plus leur opinion sur ce point.

Assurément, toute limite précise est arbitraire, mais l'expérience m'a démontré qu'un traitement, même intensif, de six semaines ou de deux mois était souvent insuffisant.

La durée dont je vais vous parler est peut-être trop longue, mais ce que je puis affirmer, c'est que, depuis vingt-six ans, je n'ai jamais pu l'accuser d'être trop courte, puisque je ne l'ai jamais trouvée en défaut.

Depuis vingt-six ans, voici le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis que je mets en œuvre : à tout syphilitique bien soigné pour lui-même, qui ne présente plus aucune trace de manifestation syphilitique et qui veut avoir des enfants, je fais suivre pendant six mois un traitement à l'iodhydrargyrate de potasse. Je donne du biiodure de mercure et de l'iodure de potassium. Alors seulement, j'accorde la permission de

procréer. Enfin, dès qu'il y a début de grossesse, je fais suivre à la femme le même traitement pendant toute la durée de la gestation.

Et je redemande le même traitement pour la procréation de chaque enfant.

Nul doute qu'un traitement aussi prolongé avec un autre sel de mercure ne donne également de bons résultats, mais je ne parle ici que de ce que j'ai fait et de ce que j'ai vu. Or, j'ai des centaines d'observations qui démontrent que des syphilitiques ainsi traités ont pu procréer des enfants vigoureux et intelligents. Je n'ai, je le répète, jamais vu d'insuccès. Laissant de côté les observations de la clientèle particulière, j'ai, à l'heure actuelle, assez d'observations dans mes archives de la clinique Baudelocque, pour proclamer ces faits et dire à tous les médecins : Imposez chez tous vos clients syphilitiques la retraite médicamenteuse, la cure de l'hérédité avant de procréer, et vous n'aurez que des succès; pour dire aussi à tous les syphilitiques qui veulent être pères de famille : Ne vous laissez pas aller à la désespérance; vous pouvez, si vous le voulez, constituer une famille ; agissez comme je vous le conseille, et vous éviterez ainsi bien des souffrances, bien des malheurs, et pour vous-même et pour les autres.

Je conclus en disant : Si nous ne connaissons pas encore ces lois de transmissibilité de la syphilis, nous connaissons sûrement son traitement.

STATISTIQUE SUR L'AVORTEMENT

Par **J.-M. Doléris**, accoucheur de l'hôpital Boucicaut (1).

En 1898, la statistique de la Maternité de l'hôpital Boucicaut comprenait :

Accouchements à terme	457
Accouchements avant terme	45
Avortements	43

En 1904, la statistique du même service comprend :

Accouchements à terme	497
Accouchements avant terme	102
Avortements	130

Pour un chiffre sensiblement égal d'accouchements à terme, celui des accouchements prématurés a plus que doublé, et celui des avortements a plus que triplé, dans l'espace de sept années.

L'accroissement dans la proportion des avortements était déjà sensible dès l'année 1901, et de nombreux indices me permettaient de soupçonner qu'un bon nombre étaient le résultat de manœuvres abortives, effectuées par les malades elles-mêmes ou par des tiers. Il était alors

(1) Communication faite à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, séance du 13 février 1905.

Le mal dénoncé par M. Doléris n'est pas un mal uniquement français. Le lecteur trouvera dans la revue analytique de ce même numéro la preuve que dans d'autres pays, et en particulier en Allemagne, la question de l'avortement provoqué dans un but non thérapeutique est à l'ordre du jour. Il est cependant digne de remarque qu'en France les protestations médicales sont unanimes. Par contre, « la stérilisation facultative » trouve en Allemagne des défenseurs jusque dans les chaires de gynécologie : Le « Professeur Docteur O. Sarwey, de Tubingue, n'a-t-il pas dans un article du *Deutsche med. Wochenschrift* (1905, n° 8, p. 292) admis que la stérilisation de la femme (non par l'herboriste, mais par le médecin, de préférence gynécologue, cela va sans dire) est indiquée « chaque fois que la venue d'un nouvel enfant peut amener une perturbation dans la vie de la famille » !

N. D. L. R.

difficile d'obtenir la preuve ou l'aveu des manœuvres coupables, et c'est à peine si quelques femmes, les plus jeunes en général, malheureuses délaissées sans ressources, consentaient à nous fournir des renseignements significatifs. Je prescrivis néanmoins au personnel du service la plus grande minutie dans la rédaction des observations et dans la recherche des indices susceptibles de nous mettre sur la voie de l'espèce étiologique de chaque cas. Nous arrivâmes ainsi à un certain nombre de découvertes, qui me permirent de faire entendre de sévères réprimandes et des menaces énergiques à quelques personnes coutumières de la provocation clandestine de l'avortement.

Les difficultés que nous rencontrions encore, il y a quelques années, pour obtenir la vérité de la bouche des malades et parfois des tiers que nous prétendions convaincre de leur culpabilité, nous les rencontrons beaucoup moins aujourd'hui. Il semble qu'avec la généralisation du délit, une mentalité nouvelle se soit introduite dans le public qui fréquente notre service hospitalier.

Je puis affirmer actuellement que plus de 50 p. 100 des avortements que nous avons eu à traiter à Boucicaut, en 1904, sont des avortements provoqués. Avec un peu d'insistance on obtient assez aisément l'aveu, la narration des détails et assez souvent le nom et l'adresse des personnes en quelque sorte professionnelles de l'opération criminelle.

A côté de celles-là, il faut inscrire la plupart des herboristes qui font commerce d'instruments et de canules spéciales destinées aux injections intra-utérines.

Certaines de nos malades s'étaient servies de simples canules à lavement ou à injections intra-vaginales. C'étaient des multipares.

Pour n'en citer que quelques exemples, je rappellerai qu'une jeune femme entrait il y a peu de temps dans mon service avec les signes d'un état septique généralisé des plus graves : infection péritonéale suraiguë, rétention de débris putrides, mort au bout de 24 heures. Ayant pu obtenir l'adresse de la sage-femme qui était intervenue dans ce cas, j'envoyai chez elle mon interne, M. Chartier, avec mission de faire une enquête précise sur le fait.

La sage-femme, mise au courant de la mort de sa cliente et des conditions dans lesquelles cette mort était survenue, nia tout d'abord ; mais, pressée de questions et convaincue bientôt par la précision des détails, elle n'essaya plus de nier, mais seulement de se défendre sur le chef d'infection. En présence de son mari, elle narra minutieusement la technique

du procédé employé, le luxe de précautions aseptiques qu'elle déployait dans ces circonstances, etc., et, sans songer même à se disculper de l'acte criminel, elle n'eut d'autre préoccupation que de justifier la sécurité de ses pratiques.

A l'occasion d'une autre malade, je dirigeai mon externe, M. Patry, sur un magasin d'herboristerie du quartier, avec mission de me rapporter des spécimens de canules utérines.

Je possède deux de ces instruments : un en os, rigide, droit, de 20 centimètres de long environ et de dimensions appropriées à l'introduction dans le col utérin ; un demi-souple, en caoutchouc, aisément maniable, évidemment destiné au même usage. Ils sont vendus sous le nom de « canules anglaises ».

En écoutant la demande formulée par M. Patry, la marchande feignait d'abord de ne pas comprendre; mais, sur un coup d'œil d'intelligence de ce dernier, elle ferma rapidement la porte de sa boutique, lui montra des spécimens de forme diverse, et finalement lui offrit de lui montrer la façon de s'en servir. Coût de la leçon : 25 francs.

Deux femmes entrèrent à Boucicaut en 1903, dans la même semaine, en pleine hémorragie, affolées, fiévreuses, et avouèrent, sans y être sollicitées, qu'elles avaient tenté sur elles-mêmes des manœuvres abortives, l'une avec une canule à lavement, l'autre avec une canule spéciale qu'elle s'était procurée. En présence d'une péritonite suraiguë, à marche rapide, je dus pratiquer sur la première une laparotomie d'urgence, qui me permit d'évacuer une série d'abcès cloisonnés du bassin et de l'hypogastre que je drainai. L'opération la sauva.

L'autre, après avoir fait de la suppuration des annexes et du péritoine autour de l'utérus rétroversé, et avoir séjourné plusieurs mois dans mon service, put être opérée à froid et également guérie.

Précédemment, j'avais vu succomber une malade avec des signes d'intoxication rapide par des médicaments dont elle refusa de me faire connaître la nature et l'origine. Ses vomissements contenaient une substance jaunâtre, pulvérulente, assez abondante. Deux autres, vers la même époque, avouèrent s'être servi d'une substance tout à fait semblable qui se retrouva dans leurs vomissements, et qui avait été vendue par une personne qui en faisait commerce et qu'elles refusèrent de désigner autrement. L'intoxication chez ces deux malades avait été moins intense; elles se remirent au bout de quelques jours.

Je rappellerai simplement pour mémoire deux cas, dans lesquels j'eus

à extraire de l'utérus une tige de laminaire qui avait été poussée au delà de l'orifice interne et s'était engagée jusque dans la cavité du corps de la matrice. Ces pratiques sont plus fréquentes qu'on ne pense. J'ai eu connaissance de faits analogues constatés dans divers services d'hôpitaux parisiens. M. Baudoin, interne de M. Rochard, a extrait d'un utérus, en pleine hémorragie, en même temps que l'œuf, un morceau de bois brut piqué dans la masse placentaire.

On use aussi de ballons dilatateurs et de crayons médicamenteux dans le même objet de provoquer clandestinement l'avortement.

Ces pratiques n'ont en elles-mêmes rien de nouveau.

Ce qui constitue un phénomène bien de notre époque et de nature à impressionner, c'est la liberté, l'inconscience et presque la publicité d'actes qui se dissimulaient naguère avec les précautions les plus grandes.

A cette remarque j'ajouterai la vulgarisation croissante des manœuvres abortives, démontrée par l'augmentation des cas d'avortement dans la statistique des maternités de Paris.

Statistique.

Pour mettre le fait en évidence, je ne me suis pas contenté des vagues renseignements qui m'ont démontré tout d'abord que ce qui se passait pour mon service de Boucicaut se passait également pour les services de mes collègues. J'ai fait établir la statistique des sept années correspondantes à la durée de mon observation personnelle, dans onze maternités : Port-Royal, Baudelocque, Tarnier, Hôtel-Dieu, Pitié, Charité, Saint-Antoine, Lariboisière, Beaujon, Tenon et Boucicaut. Il n'y manque que celle de Saint-Louis.

Cette statistique va de 1898 à 1904 inclus. Elle porte sur un total de 103.310 femmes. Encore ces chiffres sont-ils incomplets, car je ne possède pas ceux de Beaujon pour les années 1898 et 1899 et ceux de Baudelocque pour 1904, les statistiques étant soit à la reliure, soit incomplètement établies.

Le tableau ci-après indique les détails nécessaires pour la démonstration qui va suivre :

Clinique Baudelocque.

Années	Accouchements et avortem.	Accouchements	Avortements	Proportion	0/0
1898....	2305	2244	61	2,71	2,64
1899....	2505	2436	69	2,83	2,75
1900....	2442	2373	69	2,90	2,82
1901....	2226	2168	50	2,67	2,60
1902....	2013	1919	94	4,69	4,62
1903....	2161	2075	86	4,14	3,96
1904....	»	»	»	»	»

Clinique Tarnier.

1898....	1381	1345	36	2,6	2,5
1899....	1649	1581	68	4,3	3,7
1900....	1338	1576	62	3,8	3,7
1901....	1738	1679	59	3,5	3,4
1902....	1388	1349	39	2,9	2,8
1903....	1555	1501	54	3,5	3,4
1904....	1650	1598	52	3,25	3,1

Maternité de Port-Royal.

1898....	2717	2598	119	4,57	4,37
1899....	2646	2421	124	4,91	4,68
1900....	2706	2584	122	4,72	4,50
1901....	2653	2540	113	4,44	4,25
1902....	2864	2757	111	4,02	3,87
1903....	2987	2857	130	4,55	4,35
1904....	2964	2846	118	4,14	3,98

Maternité de la Pitié.

1898....	372	341	31	9	8,3
1899....	473	444	29	6,5	6,1
1900....	513	456	57	12.5	11,1
1901....	356	329	27	8,2	7,5
1902....	507	471	36	7,6	7,1
1903....	479	442	37	8,3	7,7
1904....	503	462	41	8,8	8,3

Maternité de l'Hôtel-Dieu.

1898....	1287	1184	103	8,69	8
1899....	1172	1062	110	10,36	9,38
1900....	1192	1080	112	10,37	9,39
1901....	1315	1202	113	9,40	8,59
1902....	1358	1242	116	9,33	8,54
1903....	1348	1204	144	11,96	10,68
1904....	1311	1184	127	10,72	9,7

Maternité de Tenon.

Accouchements et avortem.	Accouchements	Avortements	Proportion	0/0
941	887	54	6,09	5,7
981	915	65	7,09	6,6
1111	1000	114	11,4	10,2
1159	1055	104	9,8	8,9
1079	950	129	13,5	11,9
1116	1018	98	9,6	8,7
1203	1016	187	18,4	15,5

Maternité de Lariboisière.

1388	1233	155	12,56	11,16
1636	1428	208	14,56	12,72
1197	1058	139	13,13	11,13
1866	1618	248	15,33	13,28
1548	1274	274	21,15	17
1584	1276	308	24,13	19,4
1659	1369	290	21,18	17,5

Maternité de Boucicaut.

545	502	43	8,74	7,8
593	546	57	10,4	9,3
464	417	47	9,9	9,2
608	522	86	16,4	14
586	517	69	13,3	11,17
568	499	69	13,8	12,14
729	599	130	21,7	17,7

Maternité de Beaujon.

»	»	»	»	»
»	»	»	»	»
1753	1511	242	16,1	13,80
1770	1565	205	13,09	11,58
1994	1769	225	12,71	11,12
2081	1818	263	14,46	12,63
1961	1627	336	20,67	17,18

Maternité de Saint-Antoine.

1392	1305	87	6,25	6,6
1505	1383	122	8,82	8,1
1521	1373	148	10,77	9,77
1584	1411	173	12,26	10,92
1564	1363	201	14,74	12,85
1454	1215	239	19,66	16,43
1233	1005	228	22,68	18,49

Maternité de la Charité.

ANNÉES	Accouchements et avortements	Accouchements	Avortements	Proportion	0/0
1898.	742	705	37	5,24	4,08
1899.	891	840	51	6,07	5,72
1900.	831	791	40	5,05	4,81
1901.	725	677	48	7,15	6,62
1902.	746	667	79	11,84	10,58
1903.	762	670	92	13,73	13,37
1904.	683	613	70	11,41	10,02

N. B. — Il manque à la statistique de la Charité les chiffres de 10 semaines, du 15 juillet au 1er octobre, pendant lesquelles le service a été fermé.

1° On peut remarquer de suite que la proportion générale des avortements est peu élevée dans trois grands établissements : Port-Royal, Baudelocque, Tarnier. Elle oscille depuis sept ans entre 3 et 4 p. 100 sans variations notables.

La cause de ce faible pourcentage se peut expliquer par le recrutement spécial de ces services, les conditions d'admission requises, qui excluent les cas nombreux d'hémorragies utérines de cause mal définie;

2° Dans trois autres établissements, Pitié, Hôtel-Dieu, Charité, la proportion ne dépasse pas 10 p. 100 en général.

Je note que deux des chefs de service n'acceptent pas les cas dans lesquels la fausse couche paraît être effectuée et renvoient les malades dans les services de médecine ou de chirurgie pour des motifs fort plausibles, comme le nombre restreint des lits destinés aux femmes en couches : La Pitié fait en moyenne quatre à cinq cents accouchements, la Charité de six à sept cents par année.

Dans ce dernier établissement, la proportion s'est néanmoins accrue assez sensiblement. Elle était, en 1898, 1899 et 1900, de 4 à 5 p. 100. Elle est devenue, en 1903 et 1904, de 13 et 10 p. 100. Elle a doublé en sept années.

3° Dans les cinq établissements restant: Tenon, Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Boucicaut, la proportion des avortements s'est accrue constamment depuis 1898 :

A Tenon, elle était en. . .	1898	de	5,07 p. 100	soit 54	avortements.
— — est en. . .	1904	de	15,05 p. 100	— 187	—
A Beaujon, elle était en . .	1898	de	13,80 p 100	— 242	—
— — est en. . .	1904	de	17,18 p. 100	— 336	—
A Lariboisière, elle est en.	1895	de	11,16 p. 100	— 155	—
	1903	de	19,40 p. 100	— 308	—
	1904	de	17,05 p. 100	— 290	—
A Saint-Antoine, elle est en.	1898	de	6,66 p. 100	— 87	—
	1903	de	16,43 p. 100	— 239	—
	1904	de	18,49 p. 100	— 228	—
A Boucicaut.	1898	de	7,8 p. 100	— 43	—
	1903	de	12,14 p. 100	— 69	—
	1904	de	17,7 p. 100	— 130	—

L'accroissement de la proportion des avortements est tout à fait évidente dans ces cinq établissements, dont le recrutement se fait dans cinq quartiers des plus populeux de Paris.

Elle a triplé en sept ans pour Tenon et Saint-Antoine, plus que doublé pour Boucicaut, presque doublé pour Lariboisière et Beaujon. Encore faut-il expliquer que, pour Beaujon, la différence ne porte que sur cinq années, de 1900 à 1904 inclus ; et que pour Lariboisière, si la

proportion, qui était de près de 20 p. 100 en 1903, redescend à 17,5 en 1904, il y a une explication à cela :

M. le docteur Bonnaire, chef de service, avait, à différentes reprises, élevé des protestations énergiques et mentionné la situation à l'administration. Le bruit de ces protestations s'était naturellement répandu en dehors, et les malades, ayant eu vent de l'état d'esprit qui régnait parmi le personnel de la Maternité, se dirigeaient d'elles-mêmes vers les services de médecine et de chirurgie de l'hôpital. En effet, pour ne citer qu'une enquête faite sur les lieux, M. Patry, mon externe, retrouvait sans efforts, dans les services de médecine de Lariboisière, 8 cas d'hémorragie post-abortive, et dans les services de chirurgie 7 cas, soit 15 cas, à la date du 8 février dernier, qui échappent à la statistique de la Maternité de cet établissement.

A l'hôpital Tenon, le 11 janvier dernier, on pouvait constater dans les différents services de cet hôpital, hormis la Maternité, 23 cas d'avortement inscrits comme hémorragies « *per ou post-abortum* ». Des renseignements précis me permettent d'affirmer que la situation est analogue dans tous les hôpitaux parisiens. Je possède, à cet égard, des témoignages de chefs de service, d'assistants et d'internes attachés aux services de chirurgie spécialement.

La proportion déjà si élevée de la Maternité de Saint-Antoine n'est pas non plus l'expression exacte de la vérité. Notre collègue, M. Bar, ému comme M. Bonnaire et comme nous-même, de cette progression croissante des avortements, et sachant bien à quoi s'en tenir sur les causes véritables de l'accident, a fini par prendre le parti de n'accepter dans son service que les cas dans lesquels la fausse couche n'est pas réalisée dans son phénomène initial. Si le premier temps de l'avortement est accompli, la malade n'est pas reçue à la Maternité ; elle est dirigée sur les autres services. Cette mesure, il est vrai, n'a été prise que vers le mois de novembre 1904. Il en est résulté néanmoins un fléchissement dans la proportion habituelle, pour les six dernières semaines de cette année-là. On ne trouve en effet que cinq fausses couches pour le mois de décembre 1904.

Ces explications étaient nécessaires pour faire ressortir un point intéressant, à savoir la saute brusque des chiffres de 1902 à 1905, sur laquelle je reviendrai plus loin.

On peut, en attendant, résumer la statistique comparative des chiffres d'avortement, tout inférieure à la réalité qu'elle soit, dans le tableau

suivant, qui comprend les six Maternités dans lesquelles la proportion s'est nettement accrue : Charité, Beaujon, Tenon, Lariboisière, Saint-Antoine, Boucicaut :

Années	Chiffre des avortements	p. 100
1898	376	5,6
1903	1.069	14
1904	1.341	16

En se fiant aux seuls chiffres, on voit que la proportion a réellement triplé de 1898 à 1905. Mais l'absence des statistiques de Beaujon pour 1898 la diminue nécessairement, tandis que l'inexactitude expliquée de celles de Saint-Antoine et Lariboisière pour 1904, doit la rétablir à peu près.

Si, au lieu de prendre les six Maternités désignées, je supprime celle de la Charité pour m'en tenir aux cinq services à grand pourcentage d'avortements, j'arrive, pour 1904, à 17,5 p. 100, qu'on peut forcer à 18 p. 100 sans exagération, pour les raisons données.

Cette proportion de 18 p. 100 d'avortements est elle-même nécessairement inexacte, si on veut établir une statistique d'ensemble portant sur la population parisienne.

Il y manque :

1° Les cas qui ne viennent pas à l'hôpital, la fausse couche étant soignée à domicile, ce qui arrive dans la classe aisée habituellement et dans les ménages d'ouvriers jouissant d'un certain bien-être ;

2° Les cas soignés chez les sages-femmes agréées ou libres et dans les maisons de santé ;

3° Les cas soignés et reconnus dans les services hospitaliers de médecine et de chirurgie ;

4° Enfin les cas dans lesquels la malade n'a reçu aucun soin.

Sans doute, il serait fort difficile d'arriver à une proportion exacte, même en stimulant le zèle des médecins et des administrations compétentes ; mais il n'est pas téméraire de penser que les chiffres que j'ai fournis seraient probablement doublés rien qu'en tablant sur les recherches qui pourraient être effectuées assez facilement.

La proportion des avortements provoqués, par rapport aux fausses couches spontanées, se révélerait sans doute supérieure à celle que mon enquête personnelle m'a permis d'établir, 50 p. 100 environ.

Le mal apparaît suffisamment d'ailleurs, rien qu'en considérant les chiffres, d'où il ressort que l'augmentation s'établit depuis quelques années d'une façon terriblement rapide.

Non moins rapide s'est montré, dans mon service, l'accroissement du chiffre de l'*accouchement avant terme*, qui est passé, de 45 en 1898, à 102 en 1904. Le total des sept années est de 632 (pour 501 avortements et 3.020 accouchements à terme).

Il m'a été impossible d'établir le relevé pour les autres Maternités, mais il ne faudrait pas s'étonner que la proportion fût sensiblement égale.

Je m'en tiendrai donc aux chiffres de Boucicaut pour la série septennale 1898-1904 :

Accouchements à terme.		3.020
Accouchements prématurés	632	
Avortements.	501	
Total	1.133	

Si l'on considère que les accouchements prématurés, en raison des causes qui les ont produits, du nombre considérable d'enfants morts et macérés, de la précarité de l'existence des enfants de sept mois à sept mois et demi, comportent un gros déchet au point de vue de la natalité réellement utile, on peut voir que le chiffre des avortements réuni à celui des accouchements prématurés représente sensiblement le quart des grossesses observées.

Si j'insiste sur l'importance que prend l'accouchement prématuré, c'est que, pour un nombre appréciable bien qu'indéterminé, la provocation du travail par des moyens semblables à ceux qui sont mis en œuvre pour l'avortement a été le motif réel de l'interruption prématurée de la gestation. Jamais, comme depuis deux ou trois années, nous n'avons observé autant d'œufs ouverts avec fétidité du liquide amniotique. Les malades ne sont guère plus réservées sur l'aveu des manœuvres dans ce cas que dans l'autre. On conçoit, au surplus, qu'il importe peu à une femme qui n'a pas d'intérêt à cacher sa grossesse, à une multipare, qui n'a en vue que l'exonération d'une charge nouvelle, que l'interruption de la gestation ait lieu plutôt au 7e mois qu'au 6e ou au 5e. Le public n'ignore pas que les risques pour la mère sont considérés comme plus graves quand il s'agit d'une fausse couche que lorsqu'il s'agit

d'un accouchement véritable. C'est là une notion ancienne, répandue et vulgarisée de tout temps. Et puis l'accouchement comporte l'entrée *de plano* dans une Maternité, sans qu'aucun soupçon soit éveillé nécessairement.

Sans insister autrement, je me contente d'attirer l'attention sur ce point spécial qui, n'apparaissant aucunement dans les statistiques, laisse dans l'ombre une proportion X de cas qui devraient figurer à l'actif de l'avortement provoqué et au même titre que ce dernier.

Morbidité et mortalité dans l'avortement.

Un fait est à établir tout d'abord : c'est que la presque totalité des avortements consignés dans les statistiques ci-contre ont débuté hors de l'hôpital. C'est un fort petit nombre que celui des femmes qui ont été hospitalisées avant l'écoulement considérable de sang qui marque le début de la fausse couche.

Voici comment les choses se passent d'ordinaire. Certaines malades se présentent, déclarant simplement qu'elles viennent de faire une fausse couche, sans que nous puissions surprendre avec évidence les phénomènes habituels de l'avortement. Vraisemblablement elles arrivent presque aussitôt après qu'elles ont subi les manœuvres abortives. De fait, l'événement justifie sans délai leurs prévisions.

Certaines se présentent perdant du sang en quantité variable, en ayant perdu depuis plusieurs jours avant leur arrivée : quelques-unes sont apportées exsangues. Les unes et les autres gardent encore, dans leur utérus, tout ou partie du délivre, à un degré plus ou moins avancé de putréfaction, et ont un mouvement fébrile manifeste.

Un bon nombre arrivent à la consultation munies d'un bon ou d'une lettre de médecins de bureau de bienfaisance, de confrères du quartier ou de sages-femmes, généralement pressés de se décharger de l'obligation de donner leurs soins à des inconnues qui ont sollicité leur visite comme une formalité, pour la garantie qu'elle leur apporte et pour l'assurance qu'elle leur donne qu'aucune difficulté ne sera opposée à leur admission à l'hôpital.

Peut-on d'ailleurs raisonnablement blâmer un confrère d'esquiver une responsabilité et de se refuser à passer peut-être pour complice d'un fait criminel?

Ce qui précède explique la grande morbidité et la mortalité anormale consignées dans les statistiques.

En 1902, Maygrier établit la proportion des cas de mort qu'il a observés dans son service à Lariboisière, du 1er janvier 1895 au 15 mars 1898, et à la Charité, du 1er mars 1898 au 1er mars 1902.

Durant ces sept années il observa 745 avortements.

Sur ce nombre, sont spontanés ou considérés comme tels, 698, qui donnent 4 morts, soit 0,57 p. 100 ;

Comme criminels avoués ou reconnus, 44, qui donnent 25 morts, soit 56,8 p. 100.

Cette proportion est terrifiante en soi, mais surtout si on considère comme exacte la détermination du mode d'avortement. Il est plus conforme à la vraisemblance de croire que le chiffre des avortements criminels est beaucoup plus considérable que celui qui est indiqué et qu'un très grand nombre de coupables a celé la vérité.

Il n'en reste pas moins que la proportion est énorme même sur l'ensemble, 4 p. 100 environ, si on la compare à celle de l'accouchement à terme ou près du terme.

Voici les chiffres de la mortalité post-abortive de mon service :

En 1898 : 43 avortements ; 1 mort par infection streptococcique, peu après l'entrée.

En 1899 et 1900 : 57 et 47 avortements ; 0 mort.

En 1901 : 86 avortements ; 1 mort par septicémie suraiguë.

En 1902 : 69 avortements ; 2 morts (1 par endocardite et méningite septiques le 3e jour, et 1 par endocardite, embolie, septicémie).

En 1903 : 69 avortements ; 3 morts rapides (1 par péritonite purulente ; 1 par septicémie ; 1 par intoxication par un sel de plomb).

En 1904 : 130 avortements ; 4 morts. Pour avortement provoqué avoué : 3 (1 par septicémie grave, mort le 3e jour ; 1 par péritonite purulente, mort le 3e jour ; 1 par septicémie, phénomènes hépatiques graves, endocardite) ; pour avortement par cause accidentelle : 1. Occlusion intestinale suraiguë, mort à l'arrivée.

Le pourcentage de mortalité nous donne ainsi, pour 1903, 4,3 p. 100 ; pour 1904, 2,3 p. 100.

J'ai retrouvé une proportion analogue dans quelques-unes des statistiques que j'ai rapportées. Si réduite qu'elle soit, quand on la compare à celle de la Charité, elle n'en apparaît pas moins comme démesurée par rapport au pourcentage de la mortalité par infection dans l'accouchement à terme, qui donne à peine 1 p. 500, parfois moins encore.

Quant à la morbidité, elle est surtout considérable du fait de l'hémorragie grave, alliée ou non à l'infection.

A Boucicault, elle comporte en général les deux tiers des cas.

En 1898, 36 cas légers, curettage pour 5 cas graves.

En 1899, 36 cas, rétention placentaire et infection légère, — 1 cas grave.

En 1900, 34 cas, rétention placentaire et infection légère, — 3 cas graves : 2 infections prolongées et 1 pneumonie.

En 1901, 44 cas, rétention placentaire et infection légère, — 5 cas graves dont 1 pleurésie purulente.

En 1902, 35 cas, rétention placentaire et infection légère, — 8 cas graves : 2 hémorragies graves et 6 annexites suppurées.

En 1903, 40 cas, rétention placentaire et infection légère, — 3 cas graves : 2 paramétrites et 1 métrite rétroversion.

En 1904, 83 cas, rétention placentaire et infection légère, — 7 cas graves : infections et suppurations annexielles.

J'ai tenté de démêler la proportionnalité entre les cas d'avortements faits en ville et ceux faits à l'hôpital ; mais j'ai dû renoncer à cette distinction, par suite des considérations mentionnées plus haut, principalement par la difficulté qu'il y a à préciser le début de l'accident et sa cause.

On ne peut pas conclure de ce que l'expulsion n'est pas effectuée à l'entrée de la malade, qu'il s'agit d'un cas spontané étiqueté *avortement effectué dans le service* ; et « vice versa » pour les cas étiquetés *avortement effectué en ville*. Le vrai est que la proportion des avortements nettement commencés quand la malade entre à l'hôpital est de beaucoup la plus considérable. La grande morbidité devient ainsi le corollaire naturel et fort explicable de la provocation criminelle de l'avortement effectué dans des conditions d'insécurité complète, sans précautions antiseptiques valables, avec le souci de dissimuler le délit qui fait que la malade arrive à l'hôpital le plus souvent déjà infectée.

J'ai voulu rechercher la proportion des primipares qui ressort des

statistiques suffisamment détaillées par rapport aux multipares, dans le but de pénétrer vaguement le chiffre relatif des cas d'avortement effectués par des tiers.

En effet, on conçoit qu'à la rigueur une femme qui a eu des enfants puisse arriver à s'introduire elle-même dans le col utérin un instrument approprié, adapté à un appareil d'irrigation. Mais chez une primipare, la chose paraît à priori inadmissible, bien que, dans un cas, unique il est vrai, le fait nous ait été affirmé par la coupable.

Quoi qu'il en soit, à l'Hôtel-Dieu, la proportion générale des primipares m'a paru être de 25 p. 100 à peu près.

A Beaujon elle est beaucoup plus forte : 49 p. 100 (moitié pour les années 1900, 1903 et 1904 ; et 34 p. 100 (le tiers) pour 1901).

A Boucicault elle est, comme à l'Hôtel-Dieu, de 20 à 25 p. 100.

Il est à noter que la Maternité de Beaujon hospitalise beaucoup de jeunes domestiques, cuisinières et femmes de chambre du quartier.

Cet aperçu suffit à montrer que le nombre doit être relativement considérable des fausses couches clandestinement provoquées par des tiers sur des filles généralement indemnes des causes et conditions habituelles de l'avortement spontané qui, hormis la syphilis, se rencontrent plutôt chez des multipares.

Les causes.

Je ne veux pas rappeler ici les causes de l'avortement, généralement assez difficiles à établir pour chaque cas.

Cette difficulté même, qui met en défaut la perspicacité de l'accoucheur, semble indiquer qu'il faut chercher l'étiologie en dehors des données classiques.

Ce qui importe, c'est de mettre en relief les circonstances nouvelles qui ont pu modifier les mœurs dans le sens d'une tendance de plus en plus grande à la suppression de la grossesse commençante ; c'est surtout de faire ressortir les mobiles qui, depuis peu d'années, si l'on s'en rapporte à la statistique, ont dû contribuer à accroître subitement la proportion des avortements provoqués.

Il ne saurait être tenu grand compte des mœurs de la population ouvrière et du libertinage, ni de la promiscuité facile des grandes villes.

De tout temps, l'union libre a amené son contingent de grossesses.

La misère des basses classes, la cupidité égoïste de la classe bour-

geoise qui pousse à la limitation du nombre d'enfants, ne sont pas non plus des conditions nouvelles de notre société.

Le divorce lui-même, récemment introduit dans notre législation, peut, à la rigueur, inspirer l'idée de retarder l'échéance de la maternité qui crée pour l'avenir un lien solide et une charge à qui escompte l'évasion hors de l'union momentanément consentie. Mais cette cause est-elle bien réelle, et fréquente, de la suppression de la grossesse à son début? Il est difficile d'en décider. Qu'elle pousse certains ménages aux pratiques malthusiennes, c'est possible; qu'elle les incite à la provocation de l'avortement, cela doit être fort rare.

La garantie de sécurité relative pour la santé qui dépend de la vulgarisation de l'antisepsie, le parti qu'en savent tirer les professionnels de l'avortement, et la propagande occulte qui se fait parmi la foule en faveur des procédés et des méthodes « sûres et efficaces de telle ou telle personne habile et réputée dans l'art de supprimer la grossesse », sont, à n'en pas douter, des incitations puissantes à l'avortement provoqué.

Il y faut ajouter les brochures, les annonces, les livres qui traitent spécialement du sujet et vulgarisent la technique des manœuvres abortives par l'enseignement d'une anatomie et d'une physiologie sommaires des organes génitaux de la femme, sous couleur d'instruction hygiénique utile. Bien des femmes, soit spontanément, d'après leurs lectures, soit qu'elles aient été tant soit peu éduquées par des personnes qui touchent de près ou de loin à la profession médicale, acquièrent rapidement l'habitude de sentir le col utérin, d'en reconnaître l'orifice avec l'index, surtout s'il est plus ou moins entr'ouvert et d'y glisser, de la main restée libre, l'extrémité de la canule adaptée au tuyau en caoutchouc d'un récipient à injections vaginales. Ce fait est commun, et nous en avons eu la preuve nombre de fois, comme je l'ai montré dans l'exposé du début.

Les sociologues mettent en avant l'inégalité sociale surtout et l'insuffisante protection de la femme aussi bien que de l'enfant naturel; d'où ils concluent à la nécessité de l'autorisation de la recherche de la paternité. Ces raisons ne sont pas à nier, et il semble que l'indifférence de la police, la clémence extrême des jurys et des tribunaux en matière d'avortement criminel et d'infanticide soient comme l'aveu tacite des injustices de notre organisation sociale. Mais, encore une fois, ce ne sont point des conditions absolument neuves, et elles me semblent incapables d'expliquer la poussée actuelle vers la suppression de la grossesse.

J'imagine que des idées nouvelles, une sorte d'éducation ultra-libertaire, ont pénétré dans les divers milieux sociaux par le moyen des romans, du théâtre, des conférences, etc., sur des sujets qui, autrefois, n'auraient pas trouvé un écrivain ou un orateur qui les voulussent traiter devant le grand public. Des écrits intéressés, pour le plus grand profit d'un bas commerce, nous viennent surtout de l'étranger. Il y a donc là des mœurs en grande partie importées.

Mais il y a surtout une croisade toute moderne en faveur des idées malthusiennes qui se décorent du titre de Néo-Malthusianisme, tendant à limiter ou à supprimer la conception.

Les apôtres de ces idées semblent en apparence prêcher contre l'avortement criminel et s'en tenir, pour le remplacer avantageusement, aux pratiques *anti-conceptionnelles*.

Pour le public, toujours simpliste, des classes ouvrières, la distinction entre la suppression de la conception et la suppression d'une gestation qui commence n'est pas tellement grande au point de vue moral, et on conçoit que, dans les réflexions de cerveaux peu cultivés, ces deux actes aient précisément la valeur de simples nuances. Supprimer par avance l'être qui pourrait être conçu, supprimer l'embryon qui vient de l'être, doivent sembler tout un, ou peu s'en faut, à des gens pour lesquels le mobile est tout. Or, les mobiles sont ici trop nettement sentis et acceptés, et trop de gens s'évertuent à en répandre la notion dans les masses, pour que nous puissions les méconnaître en fait, sinon en droit.

Il est intéressant de montrer comment procède le soi-disant Néo-Malthusianisme et à quel point sa propagande doit être dangereuse.

J'ai cité le roman et les libelles à bon marché. Voici quelques titres :

Plus d'avortements. Moyens scientifiques licites et pratiques de limiter la fécondité de la femme, par le docteur X..., traduit de l'anglais. Brochure poursuivie et acquittée par la Cour d'assises du Brabant.

Population et Prudence procréatrice, dans laquelle on proclame la « grève des ventres. »

Moyen d'éviter les grandes familles, rôle du mari, rôle de la femme, rôle prépondérant d'appareils spéciaux ; prix : 2 francs et au-dessus ; pessaires, seringues, canules, etc. Figures anatomiques pour faciliter l'intelligence de la technique.

Libre Amour, libre Maternité.

La Santé de la femme, un paragraphe sur les moyens d'éviter la grossesse.

Annonce de provenance allemande, avec prix courant, adressée aux médecins français, portant sur les moyens de préserver la femme de la conception.

Ces écrits et les appareils pour lesquels il est fait tant de réclame sont de fabrication belge, hollandaise et berlinoise. (Ces documents sont annexés à mon mémoire ainsi que deux spécimens de canules.)

Il me faut dire un mot des conférences publiques en faveur du Néo-Malthusianisme.

J'ai connaissance d'un certain nombre, tenues dans la banlieue parisienne, et des sujets qui y ont été traités. On ne se contente pas d'y parler, on s'y livre à des démonstrations anatomiques et physiologiques avec projections. L'année dernière, il est avéré que des organes génitaux préparés et disséqués provenant d'un amphithéâtre ont été apportés dans une réunion privée, composée exclusivement de femmes, et ont servi à expliquer les phénomènes de la fécondation, les pratiques variées utilisables soit pour empêcher la conception, soit pour interrompre la gestation commencée.

Il y a peu de jours, à proximité de l'hôpital Boucicaut, se tenait une réunion de cinq à six cents personnes. Une conférence fut faite par une toute jeune femme, sous la présidence d'un éducateur grave, M. X..., ancien directeur d'une école mixte.

En voici le résumé succinct. Les explications des projections à lumière électrique étaient données par M. Y...

1re *Projection. — Tableau comparatif de l'année* 1901.

XIe ARRONDISSEMENT (COURTILLE) (Prolétaires)		XVIe ARRONDISSEMENT (AUTEUIL) (Riches)	
Population. . .	233.697	Population . . .	117.087
Naissances. . .	6.049	Naissances. . . .	1.896
Mort-nés	Viables	Mort-nés	Viables
413	5.636	101	1.795
Soit 517 pour 5.000 femmes.		Soit 321 pour 5.000 femmes.	

Conclusion : Les bourgeois, qui engagent le peuple à avoir beaucoup d'enfants, n'en n'ont eux-mêmes que fort peu. M. le sénateur E. Piot n'en a que *deux*.

2° *Projection. — Fécondation de l'ovule.*

Formation de l'embryon.

Appareil génital de l'homme.

Appareil génital de la femme.

D'après ces données, les néo-malthusiens divisent les moyens préservatifs de la procréation en :

1° *Physiologiques.* — Ablation des ovaires (dangereux).

Modification artificielle de l'épithélium utérin (méthode de X...).

Émission extra-vaginale du sperme.

2° *Mécaniques.* — Masculins : Condom. Vérifier sa solidité, son élasticité ainsi que son étanchéité.

Féminins : Éponges dites de Chypre. Voir chez les herboristes, les imbiber d'acide.

Coton hydrophile sec.

Pessaires spéciaux (voir annonces).

3° *Chimiques.* — Projections donnant le dessin de la douche d'Esmark, du pessaire Mensinga, d'un occluseur en soie à houppette, d'un occluseur du col, etc.

N. B. — Le camarade Z..., vrai bienfaiteur de l'humanité, se met à la disposition des dames pour faire et démontrer la pose de ces divers appareils.

La science, et quelle science ! a-t-elle jamais été mise au service de pires idées?

Il est trop visible que ces leçons, qui prétendent à faire éviter la nécessité de l'avortement criminel, n'ont d'autre résultat que de vulgariser les procédés qui peuvent entraver la natalité par tous les moyens possibles.

Si, comme moyens préventifs, ils échouent ou sont négligés par les intéressés, ils trouvent naturellement leur application comme moyens abortifs ; la même leçon sert aux deux fins. Le personnel est tout préparé pour en démontrer l'emploi. Il s'offre.

Les brochures relatives à la « manière de s'en servir » sont distribuées gratuitement ou vendues à bas prix, à la sortie.

Il me fallait parler de toutes ces choses, bien qu'elles paraissent en dehors du sujet de ce mémoire, pour montrer par quelles voies et par quels moyens se répand le mépris de la conception, et l'habitude de considérer la fonction reproductrice non plus comme un devoir, ou comme une œuvre naturelle et nécessaire, mais comme une obligation importune, une charge fâcheuse, dont il est licite de s'exonérer.

Ce que les brochures et les conférences font parmi la population

ouvrière, des livres, tels que *La Maternité consentie*, *Maîtresse de son corps*, etc., qui s'intitulent romans sociaux, l'accomplissent dans les classes aisées.

Il me sera permis de croire et de risquer cette opinion que ces œuvres ne sont pas indifférentes à l'augmentation croissante de la proportion des avortements clandestins, qui constitue le fait impossible à nier et qu'il m'a paru du plus haut intérêt de divulguer dans ce travail.

Les conséquences.

Elles sont graves et nombreuses.

Je veux parler d'abord de celles qui atteignent, en apparence, la responsabilité du personnel médical des Maternités, les chefs de service.

Si je suis bien informé, M. Maygrier avait eu conscience de cette responsabilité lorsqu'en 1902 il publia la statistique que j'ai rapportée plus haut et fit ressortir à dessein les dangers auxquels l'avortement criminel expose les femmes.

M. Bonnaire n'a pas craint de provoquer l'intervention de la haute administration de l'Assistance publique et d'exposer les faits qui lui apparaissaient, c'est-à-dire graves au point de vue légal et cependant, au regard de la loi, mettant la conscience du médecin dans une perplexité des plus pénibles.

C'est qu'en effet, légalement, il nous est interdit de signaler les faits ; nous devons ignorer les coupables, même s'il y a mort de la victime complice. On va jusqu'à interdire l'intervention de tout médecin ou agent légal aux autopsies, car nous avons qualité de médecins de l'état civil en même temps que de médecins traitants ; ce qui fait que cette dernière qualité nous interdit, en vertu du secret professionnel, d'agir ès qualité de la première. Le refus du permis d'inhumer ne modifierait pas la situation qui nous est faite, prétend-on, et ne nous dispenserait pas de procéder nous-mêmes à une autopsie que nous devons forcément tenir secrète.

Heureusement qu'il nous est permis de signaler impersonnellement un mal dont chacun peut apprécier l'importance!

Toujours est-il que nous figurons en apparence, qu'on le veuille ou non, comme des comparses obligés, sinon comme des complices, d'actes criminels ou du moins considérés comme tels jusqu'ici.

Dans le public, la question est jugée. Chaque femme sait qu'au sortir de l'officine où l'opération clandestine aura été pratiquée, elle n'aura qu'à se présenter à la Maternité de son quartier ; et que là elle sera délivrée, nettoyée, curettée, soignée avec toute la rigueur antiseptique voulue et un maximum de sécurité qui la tranquillise d'avance.

« Si le prologue s'est joué dehors, c'est à nous qu'on réserve l'acte final du drame. »

Insister davantage me paraît inutile.

Cette question exposée, il reste le fait, autrement grave au point de vue moral et social, de la dépopulation par la suppression prématurée de la grossesse, qui vient s'ajouter à l'abstention néo-malthusienne, auquel il faut joindre les dangers courus malgré tout par les femmes qui se font avorter clandestinement.

Si l'avortement décime triplement le chiffre des naissances des Maternités parisiennes et peut-être le chiffre total des naissances de Paris, la mort et la maladie déciment, ou peu s'en faut, les malheureuses qui se soumettent à des manœuvres abortives. Avec la mortalité considérable observée dans la première enfance, les philosophes et les sociologues trouveront aisément, dans le gros déchet causé par la suppression prématurée volontaire de la gestation, les raisons véritables de l'abaissement du chiffre de la population en France.

Le remède.

Sans avoir la prétention de l'indiquer, je pense avoir suffisamment précisé les sources et les voies de propagation du mal pour qu'il soit possible, sinon de les supprimer toutes, du moins d'en atteindre un certain nombre.

C'est une œuvre sanitaire qui doit s'exercer, de la boutique de l'herboriste jusqu'au logement des professionnels de l'avortement, aux exhibitionnistes de projections physiologico-anatomiques à l'usage du peuple. Le rôle du médecin est de montrer les dangers des pratiques abortives qui ressortent de cette statistique.

DYSTOCIE PAR FISTULE UTÉRINE CERVICO-VAGINALE

Par **A. COUVELAIRE.**

Pendant mon clinicat chez le professeur Pinard, j'ai été appelé d'urgence auprès d'une femme en travail, parce que son enfant, présentant le sommet, tendait à sortir de l'utérus, non par la voie naturelle, mais par une fistule cervico-vaginale.

La fistule siégeait sur la paroi postéro-latérale gauche du col. Sous l'influence des contractions utérines du travail, l'orifice cervical restait entr'ouvert mais non effacé, cependant que l'orifice fistuleux se dilatait par déchirure. Des dimensions d'une lentille, il passait, après trois heures de contractions utérines douloureuses, aux dimensions d'une pièce de 5 francs, la déchirure remontant vers les parties supérieures du col et affleurant le cul-de-sac vaginal.

Pour éviter l'extension menaçante de cette déchirure, je sectionnai aux ciseaux le pont cervical, comme on sectionne le pont périnéal dans certaines déchirures centrales du périnée. L'accouchement se termina rapidement et sans encombre, la dilatation s'étant complétée aux dépens du secteur antérieur du col, sans que l'éclatement postérieur se soit étendu au segment inférieur.

J'ai recherché les conditions étiologiques dans lesquelles cette fistule avait pu se produire et n'ai obtenu que les renseignements suivants : la parturiente nie toute intervention au cours de sa grossesse, mais avoue avoir, cinq ans auparavant, tenté de se faire avorter. Enceinte de rois mois environ, elle aurait, elle-même (1), introduit dans son col utérin une longue canule en os [probablement du type de celles que M. Doléris a présentées à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie

(1) Je rappelle, à ce sujet, les expériences très suggestives de M. Laguerre, de Toulouse, mentionnées par mon regretté maître Varnier dans son mémoire intitulé : « Observation et autopsie d'une femme qui prétendait s'être fait avorter en s'introduisant une sonde dans l'utérus. » *Annales de gyn. et d'obst.*, août 1902, t. LVIII, p. 81.

pour illustrer sa communication sur l'avortement criminel(1), dans le but de se donner une injection intra-utérine abortive. La manœuvre n'aurait, paraît-il, pas été douloureuse. Elle eut comme suite l'expulsion d'un œuf de trois mois.

Y a-t-il eu fausse route au cours de ces manœuvres d'auto-avortement? La perforation est-elle de date plus récente et consécutive à des manœuvres non avouées au cours de la deuxième grossesse? Je ne puis rien affirmer.

Quelle que soit d'ailleurs l'étiologie de cette fistule cervico-vaginale, ses conséquences obstétricales m'ont paru intéressantes à rapporter.

Voici le résumé de cette observation :

Femme de 31 ans. Réglée à 18 ans.

A 26 ans, avortement de 3 mois environ : avortement provoqué par la femme elle-même, d'après ses aveux (introduction dans le col d'une longue canule en os, dans le but de se donner une injection intra-utérine). La manœuvre n'a pas été douloureuse. Le lendemain, expulsion de l'œuf. Les suites auraient été simples.

A 31 ans, deuxième grossesse qui évolue sans incident avoué. C'est la grossesse actuelle.

La femme arrive à la clinique, enceinte d'environ 8 mois 1/2. Elle raconte avoir perdu les eaux, la veille. Les premières contractions utérines douloureuses seraient apparues 12 heures après la rupture des membranes.

A l'entrée (1 heure du soir), on fait les constatations suivantes : Hauteur de l'utérus, 32 centimètres. Sommet engagé en OIGA. Enfant vivant. Pas d'albumine dans les urines.

Le col est *dévié à droite et en avant*. Il n'est pas complètement effacé, mais entr'ouvert comme une pièce de 50 centimes. Sur la lèvre postérieure, et à gauche de la ligne médiane, le doigt reconnaît une fissure, dont les lèvres, très minces, circonscrivent un orifice ayant le diamètre d'une lentille. La tête fœtale appuie fortement sur cette partie de l'utérus, très amincie, mais ne présentant aucune trace palpable de tissu cicatriciel.

A 3 h. 30, les caractères de l'orifice cervical naturel n'ont pas changé ; par contre, l'orifice fistuleux a les dimensions d'une pièce de 2 francs. Léger suintement sanguin. Les contractions utérines sont régulières.

A 4 h. 30, je constate que l'orifice fistuleux a les dimensions d'une pièce de 5 francs. Sa limite supérieure atteint le cul-de-sac vaginal, sa limite inférieure reste distante de plus d'un centimètre de la lèvre postérieure du col. Le col

(1) Doléris, Statistique sur l'avortement. *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris*, février 1905. Ce mémoire est *in extenso* dans ce même numéro, p. 206.

entr'ouvert est toujours dévié à droite et en avant. L'orifice fistuleux occupe à peu près le centre du bassin.

Le doigt explorateur arrive sur la tête fœtale moins facilement par l'orifice cervical que par l'orifice fistuleux. Ce dernier seul tend à s'agrandir, à se dilater par déchirure, sous l'influence des contractions utérines, devenues plus fréquentes et plus intenses.

Dans ces conditions, redoutant l'extension, vers les parties supérieures du col et le segment inférieur, de cet éclatement de la lèvre postérieure du col, je sectionne, d'un coup de ciseaux, le pont cervical séparant les deux orifices.

Aucune hémorragie ne s'est produite consécutivement à la section.

A 5 h. 10, la tête fœtale a franchi l'orifice utérin.

A 6 heures, expulsion spontanée d'un garçon vivant pesant 2.680 grammes.

A 6 h. 30, délivrance par expression française (placenta, 610 grammes), à la suite de laquelle la déchirure du col est explorée : elle s'étend jusqu'au cul-de-sac vaginal, mais ne le dépasse pas.

Suites de couches apyrétiques.

REVUE CLINIQUE

Imperforation du vagin avec hématocolpos. — Opération. — Malformation des organes génitaux internes, torsion de la trompe droite (1). — Mort.

Par MM. Henri **Dalmon** et René **Monnet**, externes des hôpitaux.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on trouve dans la région cervicale un thymus très développé de 5 centimètres de long. Le péricarde possède une frange graisseuse très développée. Poumons normaux, cœur normal. Foie avec périhépatite, adhérences sur la convexité du lobe droit, péritoine sain ailleurs.

Reins normaux.

Les anses intestinales sont rejetées pour voir l'ensemble des *organes génitaux internes.*

A gauche, on voit une corne utérine présentant un renflement; ce renflement envoie sous le péritoine, à la paroi abdominale, un ligament rond. La trompe est flexueuse et longue. L'ovaire, de forme losangique, tient à la corne utérine par un gros pédicule charnu.

Dimensions :

Corne utérine : longueur, 4 centimètres.

Ovaire : longueur, 4 cm. 2; largeur, 4 centimètres.

Trompe : longueur, 16 centimètres.

A droite, la corne utérine est bien plus volumineuse (son axe est de 8 cm. 5), son insertion sur le canal central est extérieurement peu facile à déterminer, car elle continue le canal central génital, comme le bout d'un bonnet phrygien. Elle porte l'insertion d'un gros pédicule utéro-ovarien. L'ovaire est dilaté, il possède des axes un peu supérieurs à ceux de l'ovaire gauche.

La trompe, qui fait suite à la corne, est fort longue, apoplectique; son extrémité, dilatée par un hématosalpinx, a été crevée dans une colpotomie. L'extrémité infundibulaire est retenue au détroit supérieur par le ligament infundibulo-pelvien.

Suivant l'axe, il existe une torsion simple, dans laquelle est compris le méso de l'ovaire, d'une longueur de 18 centimètres.

---

(1) Communication faite à la *Société anatomique*, 16 décembre, 1904.

En avant, le péritoine est peu soulevé par les ligaments ronds, très écartés l'un de l'autre. En arrière, il existe des replis utéro-sacrés, qui limitent un cul-de-sac de Douglas très profond, dans lequel le doigt s'enfonce très bas sans pouvoir délimiter nettement ce qui appartient à l'utérus et ce qui appartient au vagin.

Nous pratiquons alors l'éviscération de la masse contenue dans le petit bassin, en rasant avec le couteau les bords de l'entonnoir osseux.

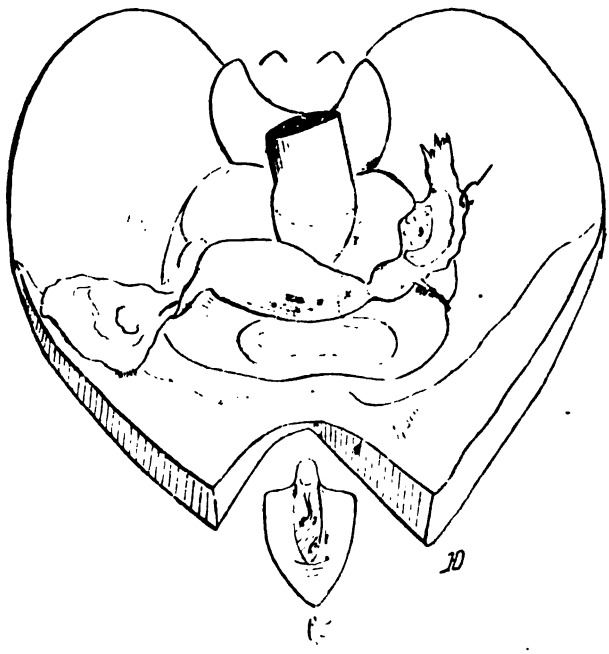


Fig. 1.

Une sonde cannelée est introduite dans l'urèthre et on fend sur elle la paroi antérieure de la vessie. (La vessie n'a rien de particulier, si ce n'est une dilatation marquée dirigée vers la droite et ne portant pas l'insertion de l'ouraque à son sommet. L'ouraque est oblitéré.)

Cela fait, on introduit des ciseaux dans l'orifice vulvaire artificiel et le canal génital est fendu jusqu'à l'extrémité de la corne utérine droite ; alors on s'aperçoit qu'il n'existe pas de col utérin, et ce n'est que par la différencede teinte et d'épaisseur qu'on peut différencier la limite vagino-utérine (fig. 2).

La corne utérine droite se continue directement avec le canal central utérin, il existe entre les deux cavités un rétrécissement. La corne utérine gauche débouche dans le canal central par un orifice, qu'il ne nous a pas été possible de retrouver, même en cathétérisant la trompe par son pavillon.

En somme, on a la disposition de l'utérus des Ongulés, Insectivores et Car-

nivores, l'*utérus bicorne* stade intermédiaire entre l'utérus bipartie des Rongeurs et l'utérus simple des Primates.

Voici ses dimensions :

Corne droite : 8 cm. 5.

Corps de l'utérus : longueur, 11 centimètres; largeur, 14 cm. 5.

Vagin : hauteur, 7 centimètres.

On voit (fig. 2) la portion inférieure du vagin fixée à la vulve par des crins dans une opération antérieure pratiquée pour libérer un hématocolpos déterminé par l'imperforation du vagin.

Voici le résumé de l'observation que nous avons prise avant la mort :

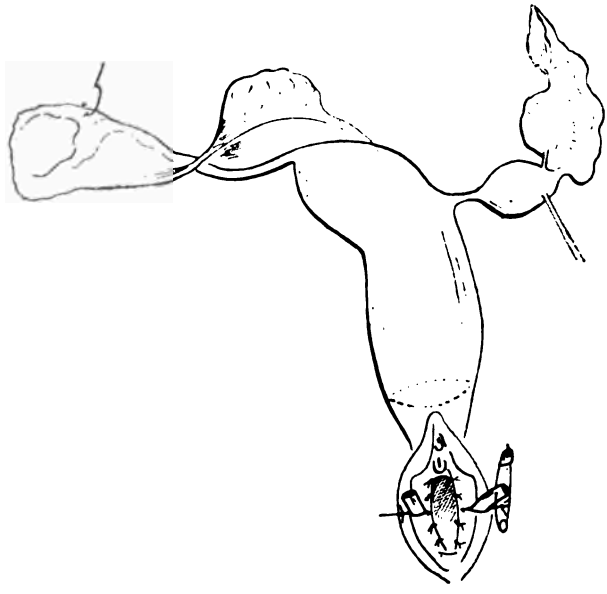


Fig. 2.

Gabrielle L..., ouvrière, âgée de 18 ans, entre le 2 décembre 1904 à l'hôpital Boucicaut, dans le service du docteur Chaput.

Antécédents héréditaires. — Père mort de cancer de l'estomac. Mère bien portante, mais névropathe; frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Passé physiologique normal jusqu'à 16 ans.

A ce moment, les seins se développent, et concurremment s'établissent des troubles intellectuels, qui nécessitent l'entrée de la malade dans une maison de santé.

Actuellement, elle entre à l'hôpital parce qu'elle n'est pas réglée et qu'elle éprouve chaque mois de violentes douleurs dans les fosses iliaques, douleurs qui durent trois ou quatre jours et accompagnées de symptômes généraux, tels que nausées, lypothymies, etc.

Depuis quelque temps, deux mois environ, la durée de ces douleurs aug-

mente, en même temps que leur apparition devient de plus en plus fréquente. Les nausées sont continuelles; la malade ne se plaint pas de céphalée, sa température est de 38° (en moyenne).

La malade apparaît comme une forte fille, elle pèse 65 kilogrammes et mesure 1 m. 70. Le squelette est bien développé, mais la masse musculaire des membres n'est pas en rapport avec le volume du tronc. On remarque un certain degré d'asymétrie faciale, les pommettes sont saillantes, les oreilles sont exagérées dans le sens de la longueur, comme celles d'un faune. Le palais est nettement ogival.

Les seins ont un volume normal, sont bien développés, mais ne portent pas de mamelon; l'aréole est simplement déprimée au centre.

Au palper abdominal, on décèle dans la cavité péritonéale la présence d'une tumeur, dont la largeur dépasse celle de la main. Cette tumeur remonte au niveau de l'ombilic et occupe principalement le flanc droit. Elle s'étend d'une part sur une ligne qui passerait en dedans de l'épine iliaque supérieure droite et, d'autre part, à droite d'une ligne qui serait menée à un travers de doigt de l'ombilic dans le flanc gauche. Cette masse paraît régulière.

Par le toucher rectal, on sent cette tumeur bomber vers le rectum ; elle semble occuper le cul-de-sac vaginal postérieur et même descendre plus bas.

Le toucher vaginal est impossible; le doigt se heurte, dès son entrée dans la vulve, à un obstacle muqueux infranchissable.

La vulve est petite mais bien constituée. Le clitoris est peu saillant; le fond de la vulve est constitué par un plancher muqueux continu, ne présentant qu'un orifice limité par de petites excroissances en forme de petites lèvres.

La sonde vésicale introduite par cet orifice est bientôt remplie par l'urine; on se trouve en présence d'un méat uréthral flanqué de deux cæcums peu profonds (fig. 1).

Un peu plus bas, et à gauche, au voisinage de la fourchette, il paraît y avoir un deuxième orifice, mais ce n'est qu'un cul-de-sac sans profondeur, dans lequel le stylet pénètre à peine. Cette surface ne bombe pas vers l'extérieur, même si on appuie sur le sommet de la tumeur. On reconnaît ainsi la présence d'un hymen imperforé, malformation vraisemblablement liée à une atrésie du segment inférieur vaginal. Le sang menstruel, depuis deux ou trois ans, s'est accumulé dans la poche génitale, derrière cet obstacle, et l'a dilatée en formant un hématocolpos.

Inférieurement, cet hématocolpos bombe vers le rectum et semble avoir formé dans la cloison recto-vaginale un diverticule, situé bien en dessous de la portion perméable du vagin. Dans son développement supérieur, il s'est constitué dans le flanc droit, et alors deux explications sont possibles : ou bien l'hématocolpos est surmonté d'un petit utérus atrophié, ou bien le sang n'occupe pas seulement la partie vaginale, mais également l'utérus dilaté. Dans ce cas, pour expliquer l'unilatéralité de la tumeur, il faut admettre l'existence d'un utérus bicorne avec épanchement dans la corne droite. Cette malformation peut bien concorder avec l'atrésie vaginale.

Dans notre examen de l'état général de la malade nous notons un souffle extracardiaque mésosystolique sus-apexien, des zones d'anesthésie à la face interne des jambes et des zones d'hyperesthésie aux cuisses et aux bras. Les réflexes tendineux ont une tendance à l'exagération.

Le diagnostic d'imperforation de l'hymen avec atrésie du segment inférieur vaginal et hématocolpos étant posé, l'intervention est pratiquée le 8 décembre.

Une sonde est mise dans l'urèthre comme premier repère, un doigt dans le rectum comme second repère. On dissèque alors suivant une ligne transverse entre les deux organes accolés et sur le doigt rectal. A environ 5 ou 6 centimètres de profondeur, on tombe sur l'hématocolpos. La paroi vaginale est abaissée et suturée aux lèvres de la plaie avec des crins de Florence. Un liquide brun sépia, abondant, évalué à un litre et demi, s'est écoulé; deux drains latéraux dans le tissu cellulaire, un drain dans le vagin complètent l'opération.

Suites de l'opération. — Vomissements, avec 38°,4 de température. Le lendemain, vomissements alimentaires avec 41°,2 de température; le surlendemain, pouls filiforme, avec 39°,4 de température. On ponctionne par le rectum une masse qui proémine, l'agitation continue, le pouls devient incomptable, et quelques heures après notre malade succombe.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 14 novembre 1904.

M. Audebert. — **Discussion sur l'ovariotomie pendant la grossesse.** — D'après M. Delbet, l'expectation dans les cas de grossesse compliquée de kyste ovarique est condamnée par tous les chirurgiens ; quelques voix discordantes se font pourtant entendre : Veit se prononce pour l'ajournement de l'ovariotomie, si cela est possible, jusqu'à quatre semaines avant le terme. Guicciardi admet l'expectation armée vers la fin de la grossesse quand il s'agit d'une petite tumeur se développant lentement, l'état général restant excellent. Fehling dit en propres termes : « Ce n'est qu'avec une indication pressante (torsion du pédicule ou croissance rapide) que l'intervention immédiate doit être pratiquée. »

Aux noms cités plus haut, je pourrais d'ailleurs joindre celui de mon collègue à la Faculté de Toulouse, M. Cestan, qui, dans certaines conditions que je vais exposer tout à l'heure, et à titre exceptionnel, est partisan comme moi d'une temporisation armée.

En principe, je suis tout à fait de l'avis de M. Pozzi et je l'ai déclaré très catégoriquement dans ma communication. Et l'on ne peut que se rallier à l'opinion formulée par M. Pinard : « Tout kyste ovarique diagnostiqué pendant la grossesse doit être opéré. » « La règle générale est d'intervenir le plus près possible du début de la grossesse. » Dans la première moitié de la grossesse, j'irai même plus loin, dans les cinq ou six premiers mois, j'adopte pleinement la formule de M. Pozzi : « Il faut opérer le kyste de l'ovaire dès qu'il est diagnostiqué. » A ce moment, l'interruption de la grossesse est bien moins à redouter qu'à une période plus avancée.

A mesure qu'on se rapproche du terme de la grossesse, l'intervention a plus de chances d'amener l'expulsion de l'œuf. Dans la statistique de Fehling, en comprenant tous les cas sans distinction et sans tenir compte de l'âge de la grossesse, nous voyons que l'avortement ou l'accouchement prématuré se sont produits 22,4 fois pour 100. Dans celle d'Olshausen on trouve dans 20 cas pour 100 l'interruption de la grossesse. Mais cette proportion devient bien plus considérable, quand on n'envisage que les cas opérés dans les trois derniers mois : elle s'élève alors, d'après les chiffres donnés par Dsirne, à 60 p. 100 dans le

courant du septième mois, à 40 p. 100 dans le courant du huitième et, d'après Fehling et Wœhmer, à 44 p. 100 au sixième et au septième mois.

Donc l'intervention pratiquée à ce moment expose à l'accouchement avant terme *une fois sur deux* en chiffres ronds. Le traumatisme direct portant sur l'utérus, l'ébranlement des organes pelviens, les tiraillements exercés sur le pédicule, ne sont pas les seuls facteurs déterminant l'éveil prématuré de la contractilité utérine. Au cours d'expériences faites en collaboration avec M. Lafon (*Annales de Gynécologie*, décembre 1903), il m'a été donné bien souvent de voir la section de la paroi abdominale faite avec toutes les précautions possibles et le contact de l'air provoquer très manifestement des contractions vermiculaires puissantes au niveau des cornes utérines de lapines pleines ou non pleines, quoique nous ayons pris soin d'éviter tout contact, toute excitation de l'organe gestateur. A ce point de vue il nous a fallu établir une distinction entre l'utérus gravide et l'utérus non gravide, entre l'utérus près du terme et l'utérus du début de la gestation. Le maximum d'excitabilité s'est rencontré sans aucun doute dans l'utérus gravide arrivé près du terme.

Quoi qu'il en soit, il faut retenir de ces expériences et des statistiques relatées plus haut, qu'une intervention abdominale pratiquée chez une femme enceinte de plus de 6 mois amènera fréquemment l'interruption de la grossesse. Si cette éventualité peut être envisagée sans trop de crainte dans les deux derniers mois de la gestation, il n'en est pas de même dans le courant et surtout au début du septième mois. L'enfant né à cette époque ne sera jamais qu'un être débile et sans vitalité, un avorton dont les jours seront comptés. En différant l'ovariotomie de 3 ou 4 semaines — quand l'état de la malade le permet, bien entendu — on fera de cet avorton un enfant né peu de temps avant le terme, possédant des organes complets et par conséquent apte à vivre.

Mais tout en prenant ainsi les intérêts de l'enfant, il est de toute évidence qu'il ne faut compromettre en rien ceux de la mère ; et ce retard dans l'intervention ne saurait être conseillé que dans certaines conditions, qui demandent à être précisées.

1° Il est nécessaire d'abord qu'il n'y ait aucun phénomène grave de compression, soit du côté de la mère (troubles circulatoires), soit du côté de l'œuf (souffrance du fœtus) ; que la distension de l'abdomen ne soit pas exagérée au point de provoquer une dyspnée intense ; que l'accroissement de la tumeur kystique ne soit pas trop rapide ; que l'état général de la femme ne soit pas sérieusement atteint ; qu'il n'y ait pas la plus petite menace de torsion du pédicule ; en un mot, il faut que le kyste soit *bien toléré* : voilà la première condition.

2° La seconde, c'est que la femme soit mise au repos, traitée comme il convient et *surveillée de près*.

MM. Audebert et Gilles.—**Hypertrophie du corps thyroïde et mort rapide du fœtus au cours de la période d'expulsion.**— A l'autopsie d'un fœtus de 2 kgr. 600 ayant succombé très rapidement au cours de la période d'expulsion, nous

avons relevé une hypertrophie considérable du corps thyroïde se présentant sous l'aspect d'une masse turgescente, de couleur bleuâtre, sillonnée de nombreux vaisseaux sinueux et fortement injectés. Dans son ensemble, l'organe figure une sorte de paquet variqueux à l'état de réplétion et étalé entre les gros paquets vasculo-nerveux du cou qu'il déborde de part et d'autre, surtout du côté droit où son développement en hauteur et en épaisseur est particulièrement marqué. En arrière, le corps glandulaire envoie deux prolongements qui se portent l'un vers l'autre, entourant d'un collier presque complet le larynx et une grande partie de la trachée, l'œsophage et les récurrents. Détachée de ses connexions, la tumeur laisse échapper par de multiples orifices une partie du sang qu'elle renferme et s'affaisse, tandis que sa consistance devient plus ferme, quasi fibreuse. Après ce retrait, le poids est de 10 grammes ; quant aux dimensions, elles sont : 2 cm. 5 pour la hauteur, mesurées sur la ligne médiane, 6 cm. 5 d'une extrémité à l'autre.

Il était rationnel de chercher, dans une pareille augmentation de volume du corps thyroïde, l'explication de la mort rapide observée chez ce fœtus. Quant au mécanisme de la mort, il semble qu'il se soit agi d'une compression du pneumogastrique au début de la période d'expulsion, alors que, la flexion se complétant, le contact entre le corps thyroïde et les plans prévertébraux s'est établi et a été porté au maximum.

M. Champetier de Ribes. — **Luxation coxo-fémorale congénitale. Bassin oblique ovalaire.** — Ces lésions ont été observées chez un garçon mort-né de 2.200 grammes, expulsé *spontanément* par le siège décomplété mode des fesses. La mère est une VIpare. Au cours de sa 6e grossesse, on constata cliniquement une faible quantité de liquide amniotique. Voici la description des lésions :

Bassin très nettement asymétrique : *oblique ovalaire.*

Pas de synostose sacro-iliaque gauche; l'aileron du sacrum est beaucoup moins développé que du côté droit (largeur de l'aileron droit : 6 millimètres; largeur de l'aileron gauche : 4 millimètres), il est plié en deux. Pas de stigmates de lésions inflammatoires autour de l'interligne articulaire.

La face antérieure du sacrum est asymétrique; tout d'abord, son incurvation est pour ainsi dire nulle. Puis, à partir de la 3e sacrée, il est très nettement dévié vers la gauche ; par suite, à partir de ce niveau, les trous sacrés gauches sont surélevés et sur un plan supérieur par rapport aux trous sacrés droits. La face antérieure regarde en même temps légèrement à gauche du côté lésé. Il semble que la 5e vertèbre sacrée se soit développée incomplètement et soit réduite à un coin osseux à base gauche, qui, s'enfonçant entre la 4e sacrée et le coccyx, repousse le coccyx à droite ; en effet, à partir de ce point, le coccyx se dirige brusquement vers la droite, formant avec le sacrum un angle de 135° environ.

L'os coxal gauche est diminué dans toutes ses dimensions. 1° De l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque postéro-inférieure; à droite : 4 cm. 2 ; à gauche : 4 cm. 1 ; 2° De la partie moyenne de la crête iliaque au bord inférieur de la tubérosité ischiatique ; à droite : 5 cm. 9; à gauche : 5 cm. 7 ; 3° De la tubérosité ischiatique à la symphyse pubienne ; à droite : 3 cm. 3 ; à gauche : 3 cm. 1.

Toutes les parties constituantes de l'os coxal gauche sont plus grêles ; la tubérosité ischiatique gauche, plus grêle, est sur un plan supérieur à la droite, à tel point que, si l'on fait reposer le bassin sur un plan horizontal passant par les deux tubérosités ischiatiques, le bassin tout entier s'incline à gauche. L'os iliaque est redressé dans sa

partie supérieure ; l'aile iliaque a perdu de sa concavité ; la ligne innominée est nettement redressée ; la symphyse pubienne n'est plus sur le plan médian antéro-postérieur du bassin, mais rejetée vers la droite.

Du côté sain, la courbure de la ligne innominée est exagérée.

Le détroit supérieur a la forme d'une ellipse irrégulière à grosse extrémité dirigée en avant et à droite. Le diamètre promonto-pubien ne se confond plus avec le diamètre antéro-postérieur du bassin, mais le coupe obliquement : diamètre promonto-pubien : 2 cm. 7.

Le diamètre oblique droit est nettement plus grand que le diamètre oblique gauche : diamètre oblique droit : 3 cm. 1 ; diamètre oblique gauche : 2 cm. 7.

Le diamètre transverse coupe obliquement le diamètre promonto-pubien, au lieu de lui être perpendiculaire : diamètre transverse maximum : 3 cm. 1.

Le diamètre sacro-cotyloïdien droit est plus grand que le gauche : diamètre sacro-cotyloïdien droit : 2 cm. 1 ; diamètre sacro-cotyloïdien gauche : 1 cm. 7.

Détroit inférieur. — Comme le détroit supérieur, il affecte une disposition ovalaire à grand diamètre droit : diamètre sous-sacro-pubien : 3 cm. 1 ; diamètre promonto-sous-pubien : 3 cm. 7 ; diamètre bi-ischiatique : 3 centimètres ; diamètre bi-sciatique : 2 cm. 6.

Excavation. — L'excavation est, elle aussi, rétrécie, par suite du déjettement en dedans du côté gauche du bassin.

Outre ces anomalies pelviennes, on trouve une *subluxation en arrière* de la tête fémorale gauche. La *cavité cotyloïde* gauche regarde presque directement en avant et, comme tout le côté gauche du bassin, participe à l'atrophie. Elle est beaucoup moins développée que la cavité droite dans toutes ses dimensions. La tête fémorale, au lieu d'être contenue dans la cavité elle-même, était à cheval sur le bord postérieur du sourcil cotyloïdien. A ce niveau le bourrelet cotyloïdien est aplati et laminé par la compression exercée par la tête. Toute la partie antérieure et moyenne de la cavité est vide et sans rapport avec la tête fémorale. Le bourrelet cotyloïdien aplati recouvre la partie postérieure de la cavité cotyloïde. La capsule articulaire a ses insertions fémorales normales. Sur l'os iliaque, elle vient s'insérer sur le bourrelet cotyloïdien, passant en arrière de la partie postérieure aplatie, qui recevait la tête fémorale ; cette partie articulaire est donc nettement intra-articulaire. Cette capsule est notablement allongée.

La tête fémorale gauche est très sensiblement atrophiée dans tous ses diamètres : diamètre vertical, à gauche : 1 cm. 3 ; à droite : 1 cm. 6 ; diamètre transversal, à gauche : 1 cm. 4 ; à droite : 1 cm. 7 ; diamètre antéro-postérieur, à gauche : 1 cm. 3 ; à droite : 1 cm. 6 ; distance entre la face externe du grand trochanter et le sommet de la tête fémorale : à droite : 2 cm. 6 ; à gauche : 2 cm. 2.

Le ligament rond paraît peu allongé.

Les muscles péri-articulaires ne semblent pas atrophiés macroscopiquement.

Le fémur gauche tout entier est moins développé que le droit.

Cette observation s'ajoute à celles encore rares que Kirmisson a rassemblées et qui démontrent que, dans la luxation coxo-fémorale congénitale, les lésions fondamentales sont réellement congénitales et existent à la naissance.

Dans notre observation plusieurs de ces lésions sont peu accentuées, ce qui est en rapport avec le peu de déplacement de la tête fémorale.

La présentation du siège a été accusée d'être la cause de la luxation, à cause des manœuvres qu'entraîne l'extraction : il est évident ici que les manœuvres manuelles n'ont pu jouer aucun rôle dans la production des lésions, puisque l'accouchement a été absolument spontané.

La coïncidence de déformations des autres parties du squelette du bassin me paraît accroître l'intérêt de l'observation, en prouvant que les altérations du bassin oblique ovalaire peuvent, elles aussi, être congénitales et non consécutives à des influences mécaniques.

M. Pinard. — Je regrette que l'examen de la moelle n'ait pu être fait. Sur

le bassin présenté il y a non seulement luxation congénitale, mais absence de développement de l'aileron du sacrum du côté gauche. Les mouvements de l'articulation paraissent plus limités que de l'autre côté.

D'une façon générale, il faut distinguer deux ordres de faits :

1° Les nouveau-nés qui ne présentent au moment de leur naissance aucun déformation, et chez lesquels cependant, vers l'âge de 18 mois ou de 2 ans, on trouve les signes classiques de la luxation congénitale ;

2° Ceux qui, au moment de la naissance, présentent une attitude particulière des membres inférieurs. Dans presque tous ces cas, les enfants présentent d'autres malformations incompatibles avec l'existence.

M. Mauclaire. — Il faut remarquer que proportionnellement l'os iliaque gauche est bien plus atrophié que le fémur, celui-ci l'est peu. Les faits de luxation observée à la naissance sont de deux variétés principales : tantôt la luxation est concomitante à d'autres malformations ; tantôt la malformation coxo-fémorale est la seule malformation existante.

La cause est-elle la même dans les deux variétés ? C'est peu probable.

Les causes de ces malformations coxo-fémorales sont, d'ailleurs, multiples et variées. Dans les luxations concomitantes, il semble que la cause soit extrinsèque, et il faut invoquer : la compression, les adhérences, les malformations ou lésions nerveuses centrales, l'attitude, etc. Dans la malformation coxo-fémorale isolée, une cause articulaire, intrinsèque, est possible : altération ligamentaire, osseuse, ou musculaire. Enfin il y a des cas intermédiaires dans lesquels l'altération articulaire coïncide avec une seule lésion nerveuse : spina bifida, hydromyélie. Il semble bien qu'il y ait ici un rapport de cause à effet.

M. Potocki. — J'ai présenté à la Société, il y a trois ans, les pièces d'une luxation congénitale de la hanche, observée et diagnostiquée sur un mort-né. Les lésions articulaires étaient exactement les mêmes que celles que vient de nous montrer M. Champetier de Ribes, mais il n'y avait pas de lésion de l'articulation sacro-iliaque, quoique le bassin fût asymétrique. Cet enfant était hydrocéphale, son appareil urinaire et ses organes génitaux étaient mal conformés, ce qui vient à l'appui de la manière de voir de M. Pinard.

M. Kirmisson. — Il n'est pas possible d'établir une distinction entre les malformations simples, isolées, et celles qui sont accompagnées d'autres vices de conformation. Pour le bec-de-lièvre, par exemple, il est démontré que la pathogénie est la même dans les cas où le bec-de-lièvre est la seule malformation et dans ceux où il s'accompagne d'autres anomalies de développement.

Pour ce qui est de la luxation congénitale de la hanche, dans l'immense majorité des cas, on ne voit rien d'anormal au moment de la naissance ; ce n'est qu'au moment de la marche qu'on s'aperçoit du vice de conformation. Mais il y a des cas dans lesquels les malformations sont plus accentuées que dans d'autres, ce qui permet de les reconnaître au moment de la naissance.

Ce qui est très intéressant dans la pièce de M. Champetier de Ribes, c'est que les lésions portent sur toutes les parties de l'articulation et qu'elles sont

identiques à celles que l'on constate au cours des interventions sanglantes, dans la luxation de la hanche.

M. A. Pinard. — **Note relative à l'étiologie des fibromes.** — Les causes qui favorisent l'éclosion ou le développement des fibro-myomes de l'utérus sont encore, à l'heure actuelle, assez mal déterminées. D'une part la chasteté longtemps prolongée après la puberté, d'autre part la stérilité ont été admises comme facteurs étiologiques, depuis Bayle, par un certain nombre d'auteurs, mais niées par beaucoup d'autres.

Aujourd'hui encore, on peut lire dans les traités de gynécologie les plus autorisés et les plus récents « que la stérilité est non pas la cause, mais la conséquence des corps fibreux » et que « les fibro-myomes de l'utérus sont beaucoup plus fréquents chez les femmes mariées que chez les célibataires ». Aussi, me paraît-il nécessaire d'étudier ce chapitre, en apportant ici des documents véritablement scientifiques, c'est-à-dire des observations aussi complètes que nombreuses.

Déjà, j'ai rassemblé les observations de la clinique Baudelocque relatives à ce sujet. Ces documents démontrent de la façon la plus nette l'influence de la *stérilité primaire* et celle non moins puissante et non moins fréquente de la *stérilité secondaire*, si souvent *volontaire*.

Mais je reconnais qu'il est indispensable, pour entraîner la conviction de tous, d'apporter ici d'autres statistiques, comprenant des observations relatant l'histoire des malades au point de vue des fonctions de la reproduction.

Aussi, je serais très reconnaissant à nos collègues de vouloir bien dorénavant, dans toutes les observations d'utérus fibromateux qu'ils nous apporteront, préciser avec soin, pour chaque cas, l'état de stérilité ou de fertilité. De plus, dans les cas de fertilisation, il me paraît indispensable, non seulement d'indiquer le nombre de gestations, mais encore de noter avec la chronologie l'histoire de chaque étape de la fonction de reproduction : gestation, accouchement et allaitement. C'est en procédant ainsi que nous arriverons à connaître et à démontrer, d'une façon irréfutable, les conséquences de la non-observance du rythme harmonieux de la reproduction.

M. L. Guinon. — **Sur une cause du vomissement du nouveau-né. Vomissement par aérophagie.**

M. L. Guinon. — **Sur l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse des jeunes nourrissons.**

M. G. Lepage. — **Opération césarienne chez une primipare achondroplasique. Enfant vivant, présentant des déformations achrondroplasiques.**

Obs. — Femme de 23 ans, achondroplasique type, haute de 1 m. 22, réglée régulièrement depuis l'âge de 19 ans.

Dernières règles : 15 novembre 1903. La grossesse a été normale. Pas d'albumine dans les urines. Dans le courant du mois de juin, la malade se plaint de respirer difficilement et de s'essouffler très vite ; on lui conseille le repos au lit et le régime lacté presque exclusif. Elle entre dans le service le 14 juillet. Le fond de l'utérus remonte à 44 centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis. La circonférence abdominale au niveau de l'ombilic mesure 98 centimètres. Il y a une exagération notable du liquide amniotique qui gêne l'exploration ; on peut cependant reconnaître une présentation longitudinale avec le siège en bas.

Les organes génitaux externes paraissent normaux ; le vagin est petit, le col est très élevé, situé au niveau du promontoire. Il est légèrement entr'ouvert et déhiscent.

Il faut soulever le siège pour arriver sur l'angle sacro-vertébral, dont la distance au bord inférieur de la symphyse est de 57 millimètres. On arrive facilement sur la face antérieure du sacrum et sur les parties latérales du bassin.

Pendant les jours qui suivent son entrée, la femme a une dyspnée de plus en plus marquée, elle ne peut prendre de repos qu'assise dans son lit et soutenue par des oreillers. En raison de la tension de l'utérus, de la déhiscence du col et de la dyspnée qu'accuse la femme, l'opération césarienne est fixée au 29 juillet.

Pendant les jours qui précèdent l'opération, la température est normale ; la fréquence du pouls, qui était de 90 en moyenne à l'entrée dans le service, s'élève à 105 le 18 juillet, à 110 le 19 et se maintient au-dessus de 100 jusqu'au moment de l'opération.

Opération césarienne conservatrice. Suites simples. Guérison.

L'enfant, de sexe féminin, pesait à sa naissance 2.550 grammes. Le 4 novembre, elle pesait 4.410 grammes. Elle ressemble par plusieurs points à sa mère ; les membres sont un peu courts, du moins les cuisses et les bras sont d'une brièveté manifeste. La tête présente une exagération de ses diamètres transverses.

Au point de vue obstétrical, il ne me semble guère possible de discuter la légitimité de l'opération faite.

Diverses raisons ont conduit à pratiquer l'opération sans attendre le début du travail : le développement anormal de l'utérus et la gêne respiratoire qui en résultait, ainsi que l'insomnie et la fréquence du pouls ont paru des raisons suffisantes pour intervenir 3 semaines environ avant le terme de la grossesse.

Nous avons tenu surtout à vous rapporter cette observation afin que les membres de cette Société, notamment M. Porak, puissent nous dire s'ils considèrent cette femme comme une achondroplasique, ainsi que son enfant.

Dans son article si documenté sur « l'achondroplasie chez l'enfant et chez l'adulte » (*Presse médicale*, 14 juillet 1900), notre collègue Pierre Marie aborde cette question de l'hérédité de l'achondroplasie : « Nous avons trouvé, dit-il, chez les auteurs, trois cas dans lesquels l'influence héréditaire aurait été observée, mais les renseignements donnés dans ces trois cas sont insuffisants et ne permettent aucune critique. Porak (p. 30) rapporte que sa malade aurait eu plus tard un enfant à la suite d'opération césarienne pratiquée par Ribemont-Dessaignes, et que, d'après les renseignements qui lui ont été fournis par cet accoucheur, ainsi que par Tarnier et par Mme Henry, cette petite fille présentait des déformations tout à fait analogues à celles de sa mère. Dans l'observation de Baldwin, il est dit que la malade avait été accouchée d'une fille par opération césarienne et que cette fille avait hérité des déformations de sa mère ; cette enfant mourut au bout de neuf mois et demi. » Enfin, dans l'observation de Boeckh, un trisaïeul, le père et une sœur de la malade auraient également présenté les déformations de l'achondroplasie. « D'après ces faits, on devrait donc admettre que l'achondroplasie peut être une affection héréditaire. »

Ayant l'enfant de notre opérée sous les yeux, il vous appartient de dire si l'influence héréditaire vous paraît ici nettement démontrée.

Dans quelle variété d'achondroplasie faut-il ranger celle de notre opérée? A. Poncet distingue deux variétés d'achondroplasie : « L'une, physiologique, héréditaire, ethnique; l'autre, pathologique (infection, hérédo-intoxication), se distinguant anatomiquement l'une de l'autre par cette particularité curieuse qu'a révélée la radiographie : la soudure diaphyso-épiphysaire, à l'époque habituelle, dans l'achondroplasie ethnique ; et, dans l'achondroplasie pathologique, l'absence ou la persistance plus ou moins indéfinie des cartilages d'accroissement. »

En examinant les clichés radiographiques, on ne voit pas de cartilage de conjugaison; partout les épiphyses sont soudées à la diaphyse; on serait donc amené à conclure que notre opérée appartient à la catégorie des achondroplasiques « constituée par le rappel atavique d'un type de Pygmées, type qui aurait disparu dans nos régions, depuis le milieu environ de l'ère chrétienne ». En admettant qu'on doive ranger notre malade dans cette catégorie, il resterait à expliquer pourquoi et comment se produit ce retour ancestral chez un sujet dont les frères et sœurs sont normalement conformés.

M. Potocki. — Je ne retiendrai que la question de l'hérédité de l'achondroplasie, hérédité manifeste, ainsi que nous avons pu en juger, chez l'enfant qu'il a extrait par l'opération césarienne. Pour mon compte personnel, j'ai eu l'occasion d'observer un cas du même genre. Il s'agissait d'une femme achondroplasique qui est venue à la Maternité et à qui M. Guéniot pratiqua l'opération césarienne à trois reprises différentes. J'assistai M. Guéniot dans ses deux premières opérations, et, à notre grande surprise, les deux fois les enfants, une fille et un garçon, étaient achondroplasiques. Ces faits ont été communiqués à l'Académie de médecine le 31 janvier 1893 et le 26 juin 1894. Une troisième grossesse survint, l'opération césarienne fut à nouveau pratiquée, mais la femme mourut de péritonite le 4e jour. Cette fois l'enfant, une fille, n'était pas achondroplasique. Le père des trois enfants est grand, fort, bien conformé. Je viens d'avoir des nouvelles de ces enfants. Le premier est mort à 2 mois et demi de congestion pulmonaire ; les deux autres sont vivants. La fille ressemble beaucoup à son père ; c'est une belle enfant de 8 ans. Le garçon est franchement achondroplasique, c'est le véritable portrait de sa mère.

Il y a donc ici un très bel exemple d'hérédité. Malheureusement, les renseignements qui nous ont été fournis par la femme ne sont pas assez circonstanciés pour que nous puissions nous rendre compte des particularités offertes par ses ascendants. Tout ce qu'elle a pu nous dire, c'est que son père était âgé de 74 ans quand elle est née, et que sa mère n'avait que 18 à 20 ans. Son père était très petit et n'avait pas plus de 1 m. 50 de taille. L'alcoolisme sévissant dans la famille, la nouveau-née reçut, paraît-il, force rasades d'alcool ; mais si on a pu croire que l'achondroplasie était peut-être due à des écarts de régime, la naissance de ses deux petits achondroplasiques a bien montré qu'il s'agissait pour notre femme d'hérédité et non d'hygiène alimentaire vicieuse.

J'ajouterai d'hérédité paternelle, car la mère de cette femme a eu plusieurs enfants d'un autre lit, et tous ces enfants étaient bien conformés.

M. Pinard. — M. Lepage a-t-il interrogé spécialement la mère de son opérée pour savoir si cette enfant, née achondroplasique, est bien réellement du même père que les autres enfants qui sont nés avant et après elle et qui sont bien conformés? La question est importante, car il est singulier de voir naître de parents bien conformés une enfant présentant des déformations du squelette qui peuvent se reproduire héréditairement chez les sujets auxquels elle donnera plus tard naissance.

M. Kirmisson. — Il est en effet certain que l'enfant présentée par M. Lepage est achondroplasique comme sa mère.

M. Lepage. — La mère de mon opérée est très affirmative sur les conditions régulières, au point de vue des procréateurs, dans lesquelles ont été procréés ses enfants et la petite achondroplasique en particulier.

Séance du 12 décembre.

M. Paul Mantel (de Saint-Omer). — **Deux observations de brièveté du cordon ombilical chez une même femme. Physionomie particulière de la période d'expulsion.** — La longueur du cordon dans les deux observations n'a rien de bien exceptionnel; les cordons de 0 m.30 et 0 m.25 sont fréquemment observés; cependant leur brièveté réelle était encore exagérée, non point par des circulaires, mais par la situation du placenta dans l'utérus et par leur point d'implantation par rapport au placenta. En effet, dans la première observation, l'insertion du cordon était marginale sur le bord supérieur du placenta. Dans la deuxième observation, l'insertion du cordon se faisait au centre du placenta, mais celui-ci s'insérait sur le fond de l'utérus, ainsi que l'a prouvé la mensuration des membranes.

Dans les deux cas il y eut une physionomie particulière de la période d'expulsion : va-et-vient de la tête; *absence des envies de pousser*, telle qu'on a dû demander à la femme de pousser pendant la contraction. La tête, retenue avec le reste du corps par un cordon trop court, reste comme *suspendue dans l'excavation* : elle ne repose sur le plancher pelvien que pendant la contraction et l'effort, puis elle remonte; c'est l'absence de contact qui explique cette absence du besoin de pousser, caractéristique de la période d'expulsion.

Enfin il y a lieu de signaler l'insertion du placenta au fond de l'utérus dans la deuxième observation, fait peu fréquent et qui, avec la coïncidence de la brièveté du cordon ombilical, aurait pu déterminer une inversion utérine.

G. Fieux. — **Grossesse développée dans un utérus anté-latéro-fléchi et ayant simulé une grossesse extra-utérine** (1).

M. Pinard. — De la très intéressante observation de M. Fieux nous devons tirer un premier enseignement : c'est qu'il ne faut pas accepter aveuglément les récits faits par des médecins sur les maladies de leurs proches, parce qu'ils sont souvent entachés d'erreurs. Connaissant la symptomatologie, ils s'imaginent trop facilement observer les signes d'une affection quelconque chez les malades qui leur touchent de près ; c'est ainsi que le mari de la malade observée par M. Fieux s'est suggestionné lui-même en croyant constater l'existence d'une caduque expulsée.

Il y a dans cette observation un point qui aurait dû mettre notre collègue en garde contre une erreur de diagnostic : c'est que la tumeur signalée comme existant à côté de l'utérus n'avait que le volume d'une orange. Or le volume d'un kyste fœtal de trois mois est plus considérable lorsque l'œuf n'a pas cessé de se développer.

Quant à l'action de l'ablation du corps jaune de la grossesse, j'ai seulement rapporté les résultats des expériences de Frænkel, d'après lesquelles l'ablation du corps jaune amène l'interruption de la grossesse parce qu'il tient sous sa dépendance la nutrition de la grossesse. Dans son observation, M. Fieux a cru voir un temps d'arrêt dans le développement de l'œuf ; le fait est possible, mais, pour l'admettre, il faudrait de plus nombreuses observations.

M. Lepage. — J'ai été d'autant plus intéressé par la communication de notre collègue, M. Fieux, que dans la séance du 5 mai 1899, dans une note sur « les grossesses extra-utérines prises pour des grossesses utérines », j'appelais déjà votre attention sur le danger d'une telle méprise, puisque, l'intervention étant de règle pour la grossesse extra-utérine, « l'erreur de diagnostic entraîne en pareil cas une erreur de thérapeutique qui peut être préjudiciable à la mère et à l'enfant utérin ». Depuis cette époque, il m'est arrivé, à plusieurs reprises, de penser à l'existence d'une grossesse extra-utérine chez des femmes dont l'utérus était gravide de quelques semaines. Dans les cas où mes craintes de grossesse ectopique n'étaient que minimes, je me suis contenté de maintenir les femmes au repos complet au lit, et le toucher bidigital, combiné avec le palper, m'a permis de reconnaître au bout de quelques jours qu'il s'agissait bien d'un utérus gravide. Dans d'autres cas, où les commémoratifs et les signes physiques contribuaient à faire croire qu'il s'agissait réellement d'une grossesse ectopique, j'ai eu recours avec avantage à l'anesthésie chloroformique.

M. Fieux. — Sans doute le volume de la tumeur ne correspondait pas à une grossesse ectopique de trois mois, mais nous pouvions admettre que, bien que la femme n'ait pas eu ses règles depuis trois mois, la grossesse était d'un âge moins avancé. En réalité, nous avons été suggestionnés par le mari, qui a entraîné notre conviction d'une manière absolue d'après la description symp-

(1) Observation publiée dans les *Annales*, 9 décembre 1904, p. 737.

tomatique qu'il nous a faite, insistant sur l'expulsion de la caduque et sur les résultats fournis par le cathétérisme utérin. Notre conviction était telle qu'il ne nous a pas paru nécessaire de recourir à l'anesthésie chloroformique. D'ailleurs, notre malade était très amaigrie, elle se laissait examiner avec beaucoup de facilité, et je ne crois guère qu'après anesthésie les sensations eussent été beaucoup plus nettes.

M. Mauclaire. — **Péritonite appendiculaire généralisée au 5e mois de la grossesse. Laparotomie. Guérison avec accouchement à terme.**

Obs. 1. — Femme de 30 ans, a eu une grossesse normale il y a dix ans. Au commencement de mai 1904, elle est enceinte de quatre mois et demi. Depuis quelque temps, elle est fatiguée ; elle souffre du ventre et de la région lombaire. Le *lundi* 2 *mai*, à 10 heures du soir, elle est prise d'une douleur très vive, un peu diffuse, dans le bas-ventre avec vomissements assez abondants, d'abord alimentaires, puis verdâtres.

Le 3 *mai*, dans la matinée, la douleur abdominale reparaît avec une très grande intensité. La malade vient consulter à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service d'accouchement de M. Champetier de Ribes où nous allons l'examiner, M. Champetier étant d'avis que la gravité des symptômes nécessite une laparotomie exploratrice.

Le ventre est très peu ballonné. A la palpation, la douleur siège actuellement nettement au point de Mac Burney et aussi près de l'ombilic, au niveau du fond de l'utérus gravide. L'utérus lui-même est très douloureux, surtout au niveau de son fond. Légère contracture de la paroi. Rien de particulier au toucher vaginal. Actuellement, les douleurs sont moins vives; il n'y a plus de vomissements. Le facies n'est altéré que si on palpe la région malade. La température est de 37°,4. Le pouls est bien frappé et bat 64 pulsations.

Le diagnostic est un peu hésitant; mais, étant donné l'intensité des douleurs, on pense à une lésion utérine et surtout à une appendicite.

Opération à 3 *heures de l'après-midi*, dix-sept heures après le début des douleurs. — Incision de la paroi abdominale au niveau du fond de l'utérus. Il s'écoule un peu de liquide louche. L'utérus est congestionné, mais sans rupture. En laissant un point de paroi intact, j'incise la paroi au-dessus du pubis. L'utérus est sain. Le diagnostic d'appendicite s'imposait alors.

Incision de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite. Il sort un liquide louche, avec des grumeaux et exhalant une odeur très fétide. L'appendice est gangrené à sa partie antérieure suivant plusieurs plaques. Il est réséqué. Sa cavité est remplie de pus. Les anses intestinales au voisinage sont congestionnées et réunies par des adhérences molles.

Deux drains sont introduits dans l'abdomen. L'un descend jusque dans le bassin derrière l'utérus, l'autre remonte dans la région lombaire.

La péritonite généralisée ou tout au moins sous-ombilicale étant évidente, je fais une incision de la paroi dans la fosse iliaque gauche ; il sort un liquide louche, fétide, en grande abondance. Un drain est dirigé en bas dans le bassin, un autre remonte dans la région lombaire. Le soir, un lavement laudanisé est ordonné.

Guérison. L'accouchement à terme est fait le 29 août, dans le service de M. Champetier, par M. Bouffe de Saint-Blaise. La cicatrice médiane est restée très solide. Je pense que le pont de paroi abdominale conservé avec intention est pour quelque chose dans cette solidité.

Obs. 2.— Une femme de 26 ans, ayant déjà eu deux grossesses et deux fausses couches, était encore enceinte de quatre mois en août dernier. Elle entre à l'Hôtel-Dieu pour une appendicite chronique dans le service de M. L.-Championnière. L'appendice est enlevé, il contenait des calculs stercoraux. Le 4 novembre, la malade expulse un œuf mort depuis deux mois (?).

Ce qui est intéressant chez ma première malade, c'est la généralisation précoce de l'infection et la guérison opératoire malgré l'étendue de l'infection. La précocité de l'intervention, dix-sept heures après le début, est probablement pour quelque chose dans ce résultat heureux.

Au point de vue de la persistance de la grossesse, je pourrai citer un cas semblable d'une ablation d'un petit kyste de l'ovaire chez une femme enceinte de deux mois environ. D'après les nombreux faits rapportés par Pollack et Ferner, il semble que la fausse couche post-opératoire s'observe dans la moitié des cas après une intervention abdominale sous-ombilicale. Mais il est évident qu'il faudrait sérier les observations.

M. P. Segond. — S'il y a des divergences d'opinions entre les chirurgiens sur l'opportunité de l'intervention dans les cas d'appendicite aiguë, ce désaccord devrait disparaître pour les indications opératoires chez les femmes enceintes atteintes d'appendicite. Les lésions graves de l'appendice, constatées dans la plupart des cas d'appendicite opérée pendant la grossesse, les caractères insidieux de cettte complication doivent nous rendre tous interventionnistes. J'ai ainsi opéré hier soir une femme enceinte de trois mois, chez laquelle la symptomatologie de l'appendicite était réduite à son minimum il n'y avait pas de vomissement, mais une douleur très intense au lieu d'élection, et chez laquelle, malgré un pouls à 80 et une température qui n'atteignait pas 38°, j'ai eu la surprise de trouver un demi-litre de pus collecté autour de l'appendice. Dans un autre cas, observé il y a quelques semaines, j'ai trouvé un appendice gangrené chez une femme enceinte d'un mois et chez laquelle je pratiquai une laparotomie pour des accidents d'annexite gauche, bien que la température fût de 37°. Cette femme présenta ultérieurement une parotidite assez grave.

M. Faure. — Il faut être d'autant plus interventionniste dans les cas d'appendicite chez la femme enceinte, que les accidents péritonéaux peuvent reconnaître d'autres causes. J'ai ainsi laparotomisé il y a cinq ans, à l'hôpital Saint-Antoine, une femme enceinte de cinq mois qui présentait des accidents subaigus de péritonite généralisée. Je fus surpris par l'écoulement d'un liquide de couleur jaune : c'était de la bile qui s'écoulait en liberté d'une vésicule biliaire perforée, sans que j'aie pu déterminer la cause de cette perforation. La jeune femme a guéri et a mené sa grossesse à terme.

REVUE ANALYTIQUE

I. — AVORTEMENT ET STÉRILISATION VOLONTAIRES

Des indications et méthodes de la stérilisation volontaire de la femme (Ueber Indikationen und Methoden der fakultativen Sterilisierung der Frau). O. Sarwey, *Deutsche med. Wochensch.*, 1905, n° 8, p. 292.

Le mémoire documenté de M. Doléris démontre jusqu'à l'évidence une forte augmentation de la proportion des avortements criminels en France. Mais on aurait tort de penser que le *fait* est exclusif à notre pays. Qu'on se reporte, en effet, aux extraits que nous donnons plus loin de la préface du beau livre de Lewin sur *l'expulsion du fruit de conception par des poisons et d'autres moyens*, et bien vite on se rendra compte combien l'*avortement criminel*, au jugement de cet éminent médecin-légiste, est de tous les temps et de tous les pays. Mais la préface de cette brochure, pourtant bien suggestive déjà, l'est beaucoup moins encore qu'une monographie plus récente, ayant en quelque sorte le sceau officiel, puisqu'elle est due à un professeur gynécologue à la Faculté de Tubingue, le professeur O. Sarwey. Elle a pour titre : *Ueber Indikationen und Methoden der fakultativen Sterilisierung der Frau* (Sur les indications et les méthodes de stérilisation facultative de la femme). Et comme il y a peut-être quelque intérêt à la mettre en parallèle avec le travail de M. Doléris, nous nous sommes efforcés d'en reproduire, le plus fidèlement possible, les passages les plus saillants.

« A notre époque de lumière, écrit l'auteur, il peut paraître étonnant que dans les milieux médicaux on parle, on écrive si rarement sur la « stérilisation facultative de la femme », c'est-à-dire sur l'*empêchement à la fécondation, en dépit des cohabitations continuées* ; c'est cependant un fait ! Il tient, sans doute, à ce que des discussions même scientifiques sur ce sujet épineux risquent d'être mal interprétées, et qu'elles peuvent même être utilisées dans un mauvais sens par les non-professionnels. Et, cependant, combien souvent le médecin de famille, le médecin ordinaire est-il appelé à donner un conseil, à apporter son assistance dans les situations les plus intimes de la vie conjugale, de la vie de famille ! Aussi, la connaissance approfondie de la nature, des raisons, de l'efficacité des méthodes anticonceptionnelles s'impose-t-elle à lui, et n'est-ce pas sans raison que des voix autorisées déclarent qu'il importe que cette question de l'*empêchement facultatif de la conception* devienne un sujet de

leçon dans les cours enseignants médicaux et qu'elle trouve la discussion complète qu'elle mérite dans les traités d'obstétrique. »

« L'économiste anglais Th.-R. Malthus formule en 1798, dans son important traité *Essay on the principles of population*, la proposition devenue célèbre, que l'accroissement des êtres humains se fait en proportion géométrique, alors que celui des moyens d'existence ne se fait qu'en proportion arithmétique. Et à ce défaut de parallélisme, à ce dilemme on ne pouvait, suivant Malthus, parer, que par une limitation de la procréation, en vue de laquelle il conseillait l'abstinence dans le jeune âge, le recul des unions conjugales dans un âge plus avancé. Le néo-malthusianisme reconnaît aussi la nécessité d'une diminution dans le nombre des naissances et s'efforce de réaliser le but, non pas en déconseillant les mariages précoces, mesure de nature seulement à favoriser le commerce sexuel illégitime, mais en préconisant les cohabitations sexuelles rendues infécondes. »

« Si captivantes, si fortes que soient les idées contenues dans les théories de la repopulation au point de vue malthusien, le médecin doit dans la discussion du sujet, au lieu des considérations théoriques d'économie nationale, mettre au premier plan l'expérience pratique et le point précis de la science médicale », et c'est sous ce point de vue que l'auteur envisage, discute de près et expose la question de la stérilisation facultative de la femme : *Jusqu'à quel point cette action est-elle au sens médical justifiée, en quelles conditions paraît-elle nécessaire, à l'aide de quels moyens peut-elle être exécutée ?*

« Médicalement, le droit à l'avortement en certaines nécessités est généralement reconnu. Et bien que cette opération comporte la suppression d'une vie en évolution ; qu'elle soit de ce fait, sans exception, réprouvée par la loi et susceptible de peines sévères; bien que, d'autre part, elle ne soit pas, quant à la mère, un acte sans périls, cependant la conscience médicale s'élève au-dessus du texte légal et se résout à la pratique de l'avortement dans ces cas où l'installation de la grossesse et sa continuation constituent un danger évident pour la mère. Médecins, n'est-ce pas notre devoir de prévenir ou d'aplanir, avec toutes les ressources de l'Art, ces situations, tristes effets des duretés de l'existence, et ne devons-nous pas entre plusieurs maux choisir le moindre, adopter le moyen le moins agressif, le moins périlleux, et qui, en outre, permet de prévenir un conflit avec la loi et la morale ? Pour mettre la gestante à l'abri de risques sûrs contre sa vie, nous prenons le droit de supprimer la grossesse par l'avortement et, pour éviter ce dernier, nous usons de moyens thérapeutiques plus simples : nous cherchons par l'emploi de moyens préventifs d'empêcher la conception.

« D'où ce principe général : Partout où, *la grossesse s'étant déclarée*, l'avortement serait formellement indiqué, là, la stérilisation facultative n'est pas seulement justifiée, mais elle doit toujours et absolument lui être préférée. Mais, à mon jugement, il ne faut pas craindre de faire un pas de plus : *il faut savoir recommander, prendre en considération le coït rendu inféconds (prœventiwerkehr) même pour des cas où une nouvelle grossesse ne menace peut-être pas la vie, mais*

où elle risque de compromettre la santé, le bonheur et l'existence tant de plusieurs personnes que de toute une famille. »

« Précisément en ces circonstances, où assez souvent ce n'est qu'au médecin de famille jouissant de la confiance de ses clients qu'est donné le privilège de lire à fond dans des situations familiales malheureuses, ce médecin peut, grâce à sa profession et par l'indication de moyens anticonceptionnels, devenir le vrai soutien dans la nécessité, le distributeur de la santé, de la joie de vivre retrouvées, l'apôtre des principes d'humanité au meilleur sens du mot. »

Des développements précédents, il ressort nettement qu'en certaines conditions la *stérilisation artificielle* est formellement justifiée ; toutefois, Sarvey tient à souligner que, pour éviter des fautes, il est capital d'étudier très soigneusement chaque cas particulier, bien qu'un certain nombre d'indications se dégageant de la pratique journalière puissent servir de jalons au médecin.

Ici l'auteur énumère d'abord les indications d'ordre essentiellement médical, qu'en raison des considérations préalables on n'est pas surpris de voir relativement étendues :

1° *Sténose pelvienne* : *a*) au cas où la mère ne consent pas à la césarienne, à indication relative ou absolue qu'il faudrait faire fin grossesse, *b*) diamètre au-dessous de 6 centimètres, *c*) rétrécissements moyens, quand les accouchements antérieurs ont été pénibles, préjudiciables à la mère ou à l'enfant (hébotomie, perforations, autres opérations mutilatrices).

2° *Maladies locales et générales compliquées d'une déchéance de l'état général*, objectivement constatable par le médecin, et qui pourrait être sûrement ou *vraisemblablement seulement* aggravée par l'évolution d'une grossesse (ostéomalacie, psychoses, psychoses puerpérales surtout ; maladies chroniques : *a*) du *cœur* (lésions valvulaires, dégénérescence du myocarde), *b*) des *poumons* (tuberculose, emphysème), des *reins* (dégénérescences parenchymateuses), du tube digestif ; état anémique, cachectique, etc.

3° *Indication sociale.* — Très difficile à préciser : elle n'a, jusqu'à l'heure actuelle, aucun droit de cité. Mais, en face de toutes les objections qu'on lui oppose, se dresse ce fait : que l'accroissement constant durant une série d'années du nombre d'enfants aboutit, tôt ou tard, dans les foyers où règne la misère, où les conditions matérielles sont insuffisantes, à la perte des forces, de la santé, pourtant si nécessaire, de la mère, à la brouille des époux, à la démoralisation des trop nombreux enfants ; trop souvent même le trop grand nombre des enfants dans le prolétariat a eu comme conséquence directe ou indirecte de grands crimes, des meurtres, la ruine complète de familles entières ! Or, *empêcher de semblables tragédies de famille par des instructions, des prescriptions prophylactiques rentre tout à fait parmi les attributions, les devoirs les plus louables du médecin de famille, et je tiens pour justifié, pour indiqué que le médecin, en pleine conscience de sa responsabilité et après appréciation recueillie de toutes les conditions requises, se décide pour la « stérilisation facultative » dans ces cas où « l'excès d'enfants » est associé à une pauvreté évidente, dans lesquels la santé de la femme est mise en jeu par la répétition* des grossesses

accouchements et suites de couches, et où la mère peut être de façon définitive compromise vis-à-vis de la nécessité où elle est cependant du gagne-pain quotidien.

Enfin, au cas d'une tare héréditaire (psychose, tuberculose), quand le mariage tenu pour nécessaire aura été fait, la « stérilisation facultative » sera un moyen précieux pour prévenir d'autres malheurs.

Tels sont les passages de cette monographie qui nous ont paru les plus marquants, au point de vue spécial qui nous occupe le plus à l'heure actuelle, dans la question de l' « avortement avant et après la lettre en quelque sorte », c'est-à-dire de son extension *Urbi* et *Orbi*.

R. L.

L'expulsion du fruit de conception par des poisons et d'autres moyens (Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mittel). L. Lewin. Berlin, 1904. A. Hirschwald.

Je me suis efforcé, écrit l'auteur dans la préface, de mettre en évidence la disposition réactive d'un seul organe, le plus important pour l'humanité, la matrice. Peut-être les caractères d'une empreinte, d'une tendance individuelle, acquise ou congénitale, ne s'accusent-ils aussi fort dans aucune autre partie du corps que dans cet organe. Puis, dans un avant-propos fort intéressant, il constate combien a été et est fréquent en tout pays, sous toute latitude, l'avortement provoqué.

« Si, déjà, depuis des centaines, des milliers d'années, chez les peuples civilisés ou non civilisés, une des causes, et non la moins puissante, de l'avortement criminel a résidé dans une sorte de contrainte, de nécessité imposée par des lois sociales défectueuses, cette même cause, à l'époque actuelle et dans les âges à venir, étant données les difficultés toujours plus grandes de la lutte pour la vie, ne peut et ne pourra que pousser davantage encore à arrêter la vie en germe. *De fait, on peut mettre en évidence, démontrer un accroissement rapide de l'avortement criminel* **dans tous les pays**.

« Des milliers d'années n'ont pu amener une atténuation, un amoindrissement de ce mal. Dans le désir comme dans l'accomplissement de cet acte, la femme appartenant à ce rang de la société où les soucis pour l'existence sont inconnus, où le superflu est l'ordinaire, se rencontre avec la fille de joie, déambulant à travers les rues de la cité en quête d'occupation, avec la domestique, l'ouvrière de fabrique, la femme d'ouvrier. Désir et fait sont partout où l'homme est! Du pôle au pôle, on devine l'un et l'on voit l'autre accompli. On supprime la vie en germe aussi bien dans les régions glaciales du Nord, pauvres en soleil, que dans les zones tropicales brûlées par lui, que dans les zones les plus tempérées. Si isolée du reste du monde que soit une île, ce mal s'y épanouira autant que dans les centres de culture des plus grands pays. »

Abordant ensuite la question de la stérilité relative, voulue (par exemple fécondité volontairement réduite à deux enfants), et après avoir constaté que, contrairement à ce qu'on pourrait imaginer, ce ne sont pas tant les femmes du

peuple, les femmes des travailleurs, que jusqu'à un certain point l'insuffisance, la pénurie des moyens d'existence pourraient faire excuser, mais plutôt des femmes de condition beaucoup plus fortunée, de condition très compatible avec l'élevage de plus de deux enfants, qui pratiquent cette stérilité relative, l'auteur continue ainsi :

« Les conséquences d'une telle propension sont : 1° ou *l'empêchement de la conception*, qui n'est pas légalement chose condamnable, *et pour laquelle des indications sont données dans les publications populaires, pour laquelle des moyens simples sont vivement préconisés dans des journaux quotidiens, pour laquelle des médecins avides de lucre ont inventé des instruments qu'ils laissent exploiter, pour laquelle on vend des remèdes*; 2° ou, lorsque sans ou avec ces moyens préventifs la grossesse est survenue, **l'avortement criminel.** » Entrant de plus en plus dans le détail, et après avoir nettement démontré l'étendue du mal, à ce point que la question prend en réalité l'importance d'une question sociale, Lewin exprime sa conviction nette que les peines édictées sont tout à fait ou à peu près tout à fait impuissantes contre cette fréquence des « avortements dits criminels ». A son avis, la seule mesure palliative, *efficace*, consisterait dans l'édification de refuges assez nombreux pour accouchement, asiles dans lesquels l'anonymat serait absolument assuré, qui disposeraient des moyens nécessaires pour permettre à la mère, le cas échéant, de garder son enfant auprès d'elle. C'est affaire de l'État, de tout le monde, et non de l'initiative privée, de procéder à ce mode d'assistance.

Viennent ensuite les chapitres suivants : *a*) pratique de l'avortement dans l'antiquité et dans les temps plus modernes; *b*) législation relative aux avortements criminels; *c*) action dynamique des agents abortifs; *d*) diagnostic de l'avortement criminel; *e*) moyens d'avortement sous le double point de vue historique et ethnographique; *f*) avortement par les poisons; *g*) moyens mécanico-chimiques et mécaniques pour la provocation de l'avortement.

R. L.

De l'avortement criminel (Ueber kriminellen Abort). PUPPE, *Monatssch. f. Geburtsh. u. Gyn.*, mars 1905, Hft. 3, p. 314.

L'auteur s'est proposé de faire connaître ce qu'il a observé au point de vue de l'avortement criminel alors qu'il était médecin légiste. En tout, il a eu à s'occuper de 28 cas d'avortement criminel, avortements qui furent pratiqués par des avorteurs ou avorteuses, tantôt de profession, tantôt d'occasion (1).

(1) Ici, l'auteur montre les expédients divers imaginés pour ce trafic criminel : *a*) annonces plus ou moins transparentes dans les journaux ; *b*) racolage des femmes en état de grossesse, que, la plupart du temps, des intermédiaires amènent à l'avorteur professionnel ; *c*) écoles clandestines pour l'avortement criminel, etc. *La police de Berlin a*, écrit l'auteur, *à suivre beaucoup de cas d'avortement. Les annonces constantes dans les journaux quotidiens sont une cause à cela*, etc.

Dans 16 cas on employa, pour la provocation de l'avortement, des moyens externes, dans 7 cas des agents abortifs internes. Dans les 5 autres cas, il eut à examiner des femmes sous le coup de dénonciation pour avortement criminel, mais chez lesquelles l'expertise médico-légale ne releva aucun fait à l'appui de la dénonciation. Dans les 16 cas d'emploi de moyens abortifs externes, 2 fois il s'agit de ponction des membranes ou de perforation de l'œuf, 14 fois d'injection de liquide dans les organes génitaux. Ces injections intra-génitales furent souvent combinées avec d'autres manœuvres : manœuvres manuelles, distension des organes génitaux par la vapeur chaude, bains de pieds, emploi d'agents abortifs internes. Dans la plupart des cas, on put établir le rapport de causalité entre les injections et la production de l'avortement par le fait que, dès la nuit ou dès le lendemain du jour où l'injection avait été pratiquée, des hémorragies survinrent qui furent suivies de l'expulsion de l'œuf. Dans 1 seul cas, l'expulsion tarda 6 jours. Dans 1 cas, à l'injection succéda un état marastique prolongé, causé par la septicémie; dans 2 cas, la manœuvre abortive fut suivie de mort. L'auteur énumère ensuite les substances variées qui, à sa connaissance, furent utilisées comme médicaments abortifs. Enfin, son travail contient deux planches où sont représentés un certain nombre des objets ou instruments qui furent saisis dans les cas dont il eut à s'occuper.

R. L.

Légitimité et indication de l'empêchement à la conception (Die Berechtigung und die Indikation der Konzeptionverhinderung). A Gœnner, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 2, p. 94.

La demande d'un moyen contre la conception se fait aujourd'hui plus fréquemment que jadis, et l'auteur ne dénie pas au médecin le droit de donner un conseil dans ce sens. Mais il devra s'agir surtout de femmes chez lesquelles des raisons médicales militeront contre l'éventualité de grossesses futures. Le médecin ne doit pas accepter comme raison à l'*anticonception* le grand ennui d'avoir des enfants, parce qu'en fait l'enfantement est *une des conditions fondamentales d'une vie saine de femme*. Mais il est, le cas échéant, préférable que le médecin indique un moyen convenable, que de laisser recourir à des expédients populaires, nocifs parfois.

En général, une femme ne devrait accoucher que tous les deux ans, des accouchements plus fréquents pouvant compromettre la santé. D'autre part, il existe des *contre-indications absolues* à de nouvelles grossesses : rétrécissements considérables du bassin; tuberculose, même la simple suspicion de cette maladie; néphrite pendant la grossesse ; psychoses puerpérales ; hémorragies post-partum, plus communes au cas de grossesses rapprochées ; ostéomalacie, cancer de l'utérus, anémie pernicieuse, lèpre. Dans un cas, l'auteur mit en garde contre les risques de grossesses nouvelles, à cause de récidives de formations déciduales tardives dans les suites de couches, formations déciduales *frisant de très près la malignité*. L'auteur estime le pessaire occlusif incertain,

juge le condom le meilleur instrument préventif, et conseille éventuellement les injections vaginales d'eau vinaigrée.

R. L.

L'accouchement provoqué dans les névroses et la « stérilisation facultative » de la femme, par Romme. *Presse médicale*, 12 avril 1905, p. 227.

Depuis quelques années, on s'occupe beaucoup, en Allemagne, des indications de l'accouchement provoqué dans certains états morbides. L'année passée, nous avons eu, à Berlin, deux très longues discussions sur les indications de l'interruption de la grossesse dans la tuberculose et les affections cardiaques. La même question, en ce qui concerne les psychoses et les névroses, vient d'être discutée, à Vienne, à la *Société de psychiatrie et de neurologie.*

La discussion y prit d'emblée une certaine ampleur. Le professeur Haberda (1) présenta l'historique de la question, dont le côté juridique fut envisagé par M. Gros (2), tandis que le professeur Wagner von Jauregg (3) et M. Fellner (4), assistant du professeur Schauta, se placèrent au point de vue strictement médical, le seul qui nous intéresse ici.

La question, telle qu'elle a été envisagée par M. Wagner von Jauregg, se présente d'une façon relativement simple. Chez une femme, au cours d'une grossesse, on voit se développer une psychose caractérisée, état mélancolique ou état maniaque. Quelle doit être la conduite du médecin en pareil cas? Laissera-t-il la grossesse évoluer, ou bien interviendra-t-il par l'accouchement provoqué, dans l'idée d'amener de cette façon la disparition de la psychose?

La question se pose d'autant plus impérieusement que, dans les psychoses de la grossesse, l'hérédité psychopathique, d'après M. Feller, n'existerait que dans 40 p. 100 des cas, si bien que, dans le plus grand nombre de cas, la grossesse jouerait réellement le rôle d'une cause efficiente. D'un autre côté, M. Wagner von Jauregg nous apprend que, suivant les statistiques publiées par Schmidt, Hoche, Ripping, Holm et Weber, les psychoses de la grossesse ne guériraient que dans une proportion de 30 à 40 p. 100 de cas, suivant que la femme est prédisposée ou non de par son hérédité. C'est donc une affection grave, puisqu'elle est incurable dans 60 à 70 p. 100 des cas. Quant au rôle particulièrement délétère de la grossesse, il est indiqué par ce fait que, dans les cas où la grossesse se déclare au cours d'une psychose, celle-ci ne guérit que tout à fait exceptionnellement. Cette guérison, M. Ripping ne l'a pas vue se produire une seule fois dans 8 cas de ce genre qu'il a observés, tandis que, sur les 23 femmes de la statistique de Peretti, 2 seulement ont fini par guérir.

Logiquement, l'interruption de la grossesse semble donc tout indiquée, d'autant qu'on peut craindre que la persistance de la psychose pendant la

(1) A. Haberda, *Wien. klin. Wochenschr.*, 1905, n° 10, p. 248.
(2) H. Gross, *Ibidem*, p. 253.
(3) J. Wagner v. Jauregg, *Ibidem*, p. 244.
(4) O. Fellner, *Ibidem*, p. 268.

durée de la gestation ne diminue encore les chances de sa guérison. Cependant, ce point de vue n'est pas accepté sans réserve par M. Wagner von Jauregg. Il fait notamment remarquer qu'à côté des psychoses qui guérissent au cours de la grossesse, il en est d'autres qui persistent après l'accouchement provoqué, ce qui revient à dire que les rapports entre la grossesse et les psychoses n'apparaissent pas, pour le moment du moins, avec toute la netteté désirable. Cette incertitude se reflète également dans la communication de M. Feller, qui pense qu'au point de vue des conditions défavorables à la guérison de la psychose (choc, douleurs, hémorragie, traumatisme des voies génitales), l'accouchement provoqué présente les mêmes inconvénients que l'accouchement spontané.

Tout au contraire, M. Wagner von Jauregg se montre très affirmatif en ce qui concerne la légitimité de l'accouchement provoqué dans la chorée gravidique, l'épilepsie à accès subintrants, la tétanie, la polynévrite, la maladie de Basedow, quand ces états morbides évoluent d'une façon particulièrement grave. Légitime encore lui paraît l'accouchement provoqué chez les femmes que la grossesse plonge dans un état de tristesse inexprimable. Il est des femmes qui, pour une raison ou pour une autre, s'imaginent, quand elles deviennent enceintes, qu'elles ne survivront pas à leur grossesse ou qu'elles accoucheront d'un monstre, autre chose encore ; cela devient une idée fixe, qui parfois se manifeste par des menaces et même des tentatives de suicide. Lorsque les choses en sont là, M. Wagner von Jauregg estime que le devoir du médecin est d'intervenir par une interruption de la grossesse. C'est, du reste, l'opinion qui a été formulée, en 1901, au Congrès des naturalistes allemands, par le professeur Jolly (de Berlin) et par d'autres médecins compétents qui ont pris la parole sur cette question.

II. — INFECTION PUERPÉRALE

Hystérectomie et infection puerpérale aiguë, par Cornélius Cristeanu (de Bucarest). *Revue de gynéc. et de chir. abdominale*, juillet-août 1904.

L'auteur rapporte 6 observations inédites d'hystérectomie pratiquées sans succès pour infection puerpérale. De son expérience personnelle et de l'étude critique très fouillée de 130 observations recueillies dans la littérature, il arrive aux conclusions suivantes :

La dénomination d'infection puerpérale aiguë ne peut et ne doit être appliquée à tous les cas et, dans l'espèce, à ceux qui ont dépassé un temps de douze à quatorze jours ; elle ne doit pas comprendre les cas de rétention placentaire, de fibromes sphacélés, de suppurations péri-utérines, d'appendicite, etc.

La mortalité dans les cas d'hystérectomie est de 63 p. 100, la guérison de 37 p. 100 sur 137 cas publiés. A la suite de l'accouchement : sur 98 cas, le

chiffre de la mortalité s'élevait à 68,4 p. 100, le chiffre de guérisons à 31,6 p. 100. Avortements : sur 39 cas, mortalité 46,2 p. 100 ; guérisons, 53,8 p. 100.

Dans les infections compliquées par des fibromes interstitiels sphacélés ou en voie de suppuration, l'intervention est indiquée ; la mortalité dans ces cas est égale aux survies. Sur 6 cas : 3 guérisons, 3 morts.

Dans les cas de perforation opératoire de l'utérus pendant le raclage, soit *post partum*, soit après fausse couche, l'hystérectomie est absolument indiquée, surtout dans les cas d'infection, et ce n'est que de cette manière qu'on peut s'expliquer les résultats excellents obtenus par l'intervention dans 5 cas, tous suivis de guérison.

Le groupe de malformations, des kystes ovariques, d'appendicite suppurée, de pleurésie, de rétention des parties fœtales ne peuvent entrer dans le cadre de ce travail, parce que l'opération a été pratiquée non pas pour l'infection puerpérale proprement dite, mais pour des complications.

Le groupe de rétention de cotylédons placentaires, du placenta en totalité ou des débris de l'œuf, accompagnée d'infection grave ayant comme point de départ les débris sis dans l'utérus, comprend 34 cas, parmi lesquels 15 guéris et 19 morts. Si nous considérons ces cas séparément, nous trouvous, à la suite de l'accouchement, 22 cas avec 8 guérisons, soit 36,3 p. 100, et 14 morts, soit 63,7 p. 100. Pour les avortements, sur 12 cas nous avons 7 guérisons, soit 58,3 p. 100, et 5 morts, donc 41,7 p. 100. Il en résulte que la mortalité est moindre pour les fausses couches que pour les accouchements. Dans ces conditions, on peut discuter, dans le cas d'infection avec des symptômes cliniques graves, avec état général précaire, l'intervention d'emblée sans raclage, curettage ou tamponnement.

Dans le groupe des infections puerpérales compliquées par des suppurations péri-utérines, telles que : cellulite, phlegmons des ligaments larges, etc., nous trouvons un total de 29 cas avec 12 guérisons, soit 41,3 p. 100, et 17 morts, soit 58,7 p. 100. De ce nombre sont observés, à la suite de l'accouchement, 19 cas, dont 6 guérisons, soit 31,5 p. 100, et 13 morts, soit 68,5 p. 100 ; pour les avortements, 6 guérisons, soit 60 p. 100, et 4 morts, soit 40 p. 100. Pour ce groupe également, le pronostic de l'hystérectomie est plus bénin lorsqu'il s'agit de fausse couche que pour l'accouchement.

L'indication de l'hystérectomie peut varier dans ce groupe, d'après la préférence du chirurgien à pratiquer la colpotomie ou d'enlever l'organe en totalité. Mais la mortalité est énorme à la suite de l'intervention ; aussi l'indication serait-elle donc de s'en tenir à l'incision large des collections, soit par la colpotomie, soit en l'attaquant par le côté le plus proche, d'attendre que l'orage soit passé et d'intervenir alors seulement, s'il y a encore besoin. Pour Cristeanu, l'hystérectomie est contre-indiquée dans ces cas, mais il y a un détail sur lequel il insiste : les collections purulentes doivent être recherchées, décelées, suivies, surtout dans les formes qui traînent avec ascensions et rémissions, avec des frissons répétés ; et on doit se rappeler que ces collections

peuvent exister sans la moindre réaction péritonéale, sans la moindre douleur, sans sensibilité, sans vomissement, ballonnement, etc., qu'elles se développent en sourdine, et elles doivent être recherchées attentivement.

Il existe encore un autre groupe, celui où il y a de la gangrène utérine, des abcès localisés dans le tissu utérin ; mais ces cas sont si rares que, d'après l'avis de tous, le diagnostic est presque impossible.

Quant au groupe des infections accompagnées de rupture de l'utérus, complète ou incomplète, Cristeanu n'insiste pas à nouveau sur l'indication de l'intervention ; l'indication principale ne vise pas l'infection, mais l'accident primitif : la rupture de l'utérus. Il a donné son opinion sur cette question dans deux articles, publiés (1) en avril 1901 et en février 1902 (2).

Avant de passer plus loin, l'auteur tient à répéter que, si l'hystérectomie a été et sera encore indiquée dans les cas sus-indiqués, ce n'est pas à cause de l'infection puerpérale aiguë, mais pour des complications dont le point de départ a été l'utérus, alors que lui-même n'est plus en cause.

Les dernier groupe est celui des septicémies puerpérales *sans localisations*. Le total des cas de ce groupe serait de 80. De ce chiffre il faut déduire 12 cas de Hofbauer, 10 de Asch, 17 de Hirat, dont les détails sont incomplets ou nuls ; il reste donc 41 cas d'interventions, avec une mortalité de 31 cas, soit 75,7 p. 100, et 10 cas de guérison, soit 24,4 p. 100. Ce chiffre comprend, pour l'accouchement, 6 guérisons, soit 21,4 p. 100, et 22 morts, soit 76,6 p 100; pour les fausses couches, 2 guérisons, soit 33,3 p. 100, et 4 morts : 76,7 p. 100.

Mais, après un examen attentif et un triage sérieux des cas d'infection puerpérale aiguë sans aucune localisation et avec issue favorable, on ne trouve qu'un seul cas de guérison, celui de Terrier, pour les accouchements ; pour les fausses couches, aucun.

Les symptômes de l'infection, tels que ceux fournis par l'examen du sang, de la cavité utérine, de la formule leucocytaire, de l'involution utérine, symbiose microbienne, courbe du pouls et de la température, pris soit séparément, soit en bloc, ne peuvent, à l'heure actuelle, nous donner un critérium scientifique, en ce qui concerne le moment et l'opportunité de l'intervention dans les formes d'infection aiguë proprement dite ; dans ces formes, il y a contre-indication absolue d'intervenir par hystérectomie vaginale ou abdominale, totale ou sub-totale. Dans les cas publiés jusqu'à ce jour comme guérisons à la suite de l'hystérectomie, il ne s'agit guère d'infection aiguë pure, mais des complications plus ou moins manifestes, plus ou moins apparentes.

La mortalité dans les cas d'infection puerpérale traitée par l'hystérectomie dépasse de beaucoup la mortalité obtenue par les moyens actuels de traitement non interventionniste, mortalité qui ne dépasse et même n'atteint pas 10 p. 100 des cas morbides. A. C.

---

(1) Cristeanu, Sur le traitement des ruptures utérines complètes par hystérectomie abdominale totale. *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1901.

(2) Draghiesco et Cristeanu, Sur le traitement des ruptures utérines. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1902.

Un cas d'abcès de l'utérus développé durant le puerpérium. Rupture dans la cavité péritonéale. Section abdominale. Guérison (*A case of abscess of the uterus developping during the Puerperium. Rupture into the peritoneal cavity. Abdominal section. Recovery*). LEA (A.-W.), *The Journal of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, février 1904, p. 159.

Ce fait rare concerne une femme VIIIpare, admise à l'hôpital parce que son dernier enfant était atteint d'ophtalmie. Aucun des 7 autres n'avait présenté d'accidents de cette nature. Durant les derniers mois de la grossesse, elle avait eu un écoulement vaginal abondant, jaunâtre, qui ne fut pas traité. Accouchement facile et prompt. Direction de l'accouchement par une sage-femme. Le 3e jour *post partum*, ophtalmie bilatérale intense. Rapidement, perforation cornéenne et perte de la vue d'un côté. Pendant les 12 premiers jours du puerpérium, l'accouchée fut bien. Elle commença alors à éprouver de fortes douleurs hypogastriques, qui toutefois ne l'empêchèrent pas de se lever. Admise à l'hôpital 3 semaines *post partum*, elle y resta près de 3 semaines, se levant chaque jour, mais accusant des souffrances continuelles dans le ventre. Six semaines après être accouchée, elle ressentit brusquement une douleur intense dans la portion inférieure du ventre, qui s'accompagna d'un violent frisson. T., 39°,8 ; P., 130. Ventre météorisé, très sensible. A l'examen vaginal, utérus volumineux et mou, légèrement mobile, antéfléchi et très sensible. Pas de tuméfaction appréciable dans la région des annexes ou dans le Douglas. Quelques heures après, l'état de la malade était plus grave. T., 40° ; P., 146, dyspnée. Météorisme abdominal, vomissements, langue sèche. *Cæliotomie* : Le ventre ouvert, on vit qu'il y avait du pus autour de l'utérus et entre les intestins. A la séparation des anses intestinales légèrement adhérentes au fond de l'utérus, il s'écoula 4 onces environ de pus épais. Et l'on constata une cavité abcédée dans la paroi postérieure de l'utérus, un pouce au-dessous du fond de l'organe, cavité de forme irrégulière, à bords mous et infiltrés, à travers laquelle, au cours de l'exploration, le doigt pénétra dans la cavité utérine. Les annexes parurent normales ; mais, comme trompe et ovaires droits avaient été baignés par le pus, on les enleva. Utérus et annexes gauches furent, au contraire, laissés *in situ*. Incision vaginale postérieure, mise en place d'un gros drain pelvi-vaginal ; tamponnement de la poche utérine et du Douglas avec de la gaze iodoformée, se prolongeant dans le vagin. Fermeture de la paroi abdominale. L'opérée, assez déprimée, fut rapidement remontée par les stimulants ordinaires. Le 10e jour, la température, qui avait présenté encore de faibles élévations, était redevenue tout à fait normale. Pendant 8 jours, injections bi-quotidiennes, puis quotidiennes par le drain, qu'on raccourcit de plus en plus et qu'on supprima au bout de 3 semaines. Le pansement à la gaze avait été supprimé dès le 4e jour. Un examen pratiqué environ 6 mois après l'opération montra que l'utérus avait son volume normal, qu'il était en antéflexion et mobile. Pas de tuméfaction ni au niveau des annexes ni dans le bassin. Menstruation régulière, normale.

Après avoir relaté ce fait, l'auteur, s'aidant d'un travail de von Franqué sur le même sujet, résume la symptomatologie, très vague d'ailleurs, des abcès de l'utérus, lesquels en général, comme effets de l'infection gonococcique, sont beaucoup plus petits que dans le cas actuel. En ce qui concerne *le traitement*, il écrit : « Soupçonne-t-on un abcès, toute tentative d'ouvrir et de drainer par la cavité utérine serait très dangereuse. Dans les cas plutôt chroniques et particulièrement s'il existe plusieurs abcès, le traitement de choix serait l'hystérectomie vaginale. Au cas de perforation, révélée par les phénomènes de péritonite aiguë, procéder sans retard à la cæliotomie. L'abcès est-il unique, l'utérus, indépendamment du point abcédé, normal, limiter l'acte chirurgical à une intervention conservatrice. L'utérus est-il infiltré de pus, hystérectomie supra-vaginale ou totale. Laisse-t-on l'utérus *in situ*, assurer un drainage suffisant (incision du cul-de-sac postérieur, pose d'un drain qui permet de fréquentes irrigations. Le tamponnement à la gaze est insuffisant). » R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de Clinique obstétricale (deuxième série), par le professeur Queirel. G. Steinheil, éditeur.

La nouvelle série de leçons cliniques que publie l'éminent professeur de clinique obstétricale de Marseille ne le cède en rien à la première série, éditée par G. Steinheil en 1902. Elle témoigne de l'activité du professeur et de tous ses collaborateurs, aussi bien au point de vue des études cliniques que des recherches de laboratoire.

Les neuf premières leçons sont consacrées à l'étude de la syphilis dans ses rapports avec la grossesse et l'allaitement. Basée sur de nombreux documents cliniques et anatomiques personnels, cette étude, toute d'actualité, se termine par l'exposé du traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis, dont M. Queirel réclame énergiquement l'application. Viennent ensuite des leçons sur la néphropexie, les kystes de l'ovaire, en dehors et pendant la puerpéralité. En ce qui concerne les kystes de l'ovaire diagnostiqués pendant la grossesse, M. Queirel se déclare partisan de l'intervention opératoire. Les indications actuelles de la symphyséotomie et de l'opération césarienne sont étudiées au cours de quatre leçons. D'autres sujets encore : grossesse triple, version par manœuvres externes, hémorragie par insertion vicieuse du placenta, phlébite gravidique et phlegmatia alba dolens, mort subite pendant la thoracentèse chez une femme grosse, etc., sont traités dans ce livre, écrit, dans la tradition de l'École française, par un maître qui sait être à la tête, non de toutes les innovations, mais de tous les véritables progrès.

A. C.

Belastüngslagerüng, par von Dr. L. Pincus (Bergmann, Wiesbaden, 1905).

Cette brochure, de 150 pages environ, illustrée de quelques photogravures originales, traite de la thérapeutique conservatrice et non opératoire appliquée aux affections inflammatoires chroniques (métrites et annexites surtout) de l'appareil génital de la femme. Sous le nom de *Belastüngslagerüng*, l'auteur entend l'emploi thérapeutique de la position de Trendelenburg associée à la compression ; il prétend avoir obtenu par l'association de ces deux méthodes d'excellents résultats dans le traitement des affections chroniques de l'utérus et des annexes ; la compression se fait soit par la voie vaginale, soit par pression à travers la paroi abdominale : il s'agit là, en somme, d'un cas particulier de

massage utéro-annexiel associé à la position élevée du bassin. L'auteur considère le mode de traitement qu'il décrit comme contre-indiqué dans les affections aiguës et subaiguës de l'utérus et de ses annexes. Sans vouloir discuter les résultats de ce mode de traitement préconisé par Pincus, retenons l'excellent conseil qu'il donne de toujours examiner les femmes atteintes d'affections utéro-annexielles sur le plan incliné ; nous n'avons jamais eu qu'à nous louer de ce procédé d'examen clinique, chaudement défendu par Hartmann.

P. Lecène.

Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical.
G. Gouin. Thèse de Paris, 1904.

L'auteur rapporte 22 observations de grossesse, dont 12 après Alexander et 10 après raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds suivant le procédé de Doléris. Dans tous les cas l'évolution de la grossesse a été normale et l'accouchement spontané à terme, sauf 2 accouchements prématurés après Alexander, qui reconnaissent nettement des causes tout à fait étrangères à l'opération.

Les conclusions de l'auteur sont :

1° L'hystéropexie abdominale et l'hystéropexie vaginale sont des procédés de fixation utérine antiphysiologiques et dangereux, qui doivent être rejetés pendant la période d'activité sexuelle ;

2° Le raccourcissement des ligaments ronds est, au contraire, un procédé naturel et physiologique ; c'est l'opération de choix chez la femme en période d'activité sexuelle ;

3° Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds a sur l'opération d'Alquié-Alexander une supériorité : celle de rendre compte, *de visu*, de l'état des annexes, ce qui peut avoir de l'importance au point de vue de la stérilité ; de détruire les adhérences qui maintiennent l'utérus dévié ; de saisir et de fixer à la paroi les ligaments ronds en un point rapproché de la matrice, ce qui assure le maintien de l'utérus en bonne position.

Fécondation et production du sexe (Befruchtung und Geschlechtsbildung).
H. Bayer. Strasbourg, 1904. Schlesier et Schweikhardt.

Ce n'est pas que l'auteur ait des observations, des faits nouveaux à présenter. Mais comme il le dit dans la préface, il n'a fait qu'user d'un droit dévolu à quiconque est capable de penser avec logique, droit qui permet d'analyser avec un sens critique les argumentations des autres, à les étendre, le cas échéant, dans leurs conséquences et à émettre de temps à autre des vues personnelles, etc. Dans l'ensemble, le travail est un exposé de notions et de conceptions dues à des hommes comme Hertwig, Weissmann, Boveri, etc. Et ainsi que l'indique le titre, il comporte deux questions : 1° la *féconda-*

tion; 2° la production du sexe, questions dont on a certes de plus en plus reculé les limites, mais dont nombre de points restent toujours très obscurs. En ce qui concerne la *fécondation*, de tous les développements il ressort que le phénomène capital, le plus sûr garant de la conservation de l'espèce consiste dans la fusion des noyaux des deux cellules sexuelles (c. ovarique, c. spermatique), dans la fusion nucléaire (amphimixis). A propos de la *production du sexe*, et après avoir discuté point par point les trois théories déjà connues : 1° sexe, résultat de la lutte entre la cellule spermatique, dépositaire du principe mâle, et de la cellule ovarique, dépositaire du principe féminin ; 2° préformation sexuelle de l'œuf ; 3° action décisive, dans l'acte de la fécondation, du spermatozoïde sur la production du sexe, l'auteur émet, non sans argumentation très intéressante, que *le spermatozoïde, par son centrosome et parce qu'il imprime au processus germinatif un rythme déterminé de développement, participe à la production du sexe*, etc., qu'au résumé, à son jugement, une énergie vitale plus grande du spermatozoïde vis-à-vis de la masse de l'œuf déterminerait le sexe féminin et *vice versa*.

R. L.

OUVRAGES REÇUS

Hygiène de la grossesse et puériculture intra-utérine, par le docteur Boucharcourt, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris. Préface de P. Budin, 2e édition. Paris, 1905, O. Doin, édit.

Traitement des hémorragies puerpérales, par le docteur Keim, ancien interne des hôpitaux de Paris. Paris, 1905, Vigot frères, édit.

La Scrofule, par le docteur Gastou (Tirage à part). Paris, chez Maloine.

Le Coryza syphilitique chez les nouveau-nés, par le docteur Gastou (Tirage à part), chez Maloine.

Hygiène et pathologie cutanées du premier âge, par le docteur Gastou (Tirage à part), chez Maloine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bousquet. Opérations pratiquées sur l'utérus et ses annexes, du 1er nov. 1903 au 1er nov. 1904 (Clermont-Ferrand). *Le Centre méd.*, janvier 1905, p. 147 ; 162. — **Bovée**. A Conception of the Sphere of Gynecology. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 1.— **Claret**. La décharge azoturique post-opératoire dans les grandes infections abdominales. *Arch. gén. de Méd.*, 28 fév. 1905. — **Dauher**. The ovarian Ligament and its Relation to Pregnancy occurring after Ablation of the ovaries. *The Lancet*, janvier 1905, p. 224. — **Franz**. Studien zur Physiologie des Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LIII, Hft. 3, p. 361. — **Henrotay**. Déhiscence brusque de la paroi abdominale. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, t. XV ; n° 4, p. 99. — **Jacobs**. 3 cas d'hémorragie grave à diagnostic difficile. *Bull. Soc. belge de gynéc. et d'obst.*, t. XV, n° 4, p. 96. — **Jung**. Unters. über die Innervation der weibl. Genitalorgane. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, janvier 1905, p. 1. — **Kossmann**. Paralyse des nicht schwangeren Uterus. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 8, p. 225. — **Kurdinowski**, Erwiderung auf die Arbeit von Franz : Studien zur Physiologie des Uterus. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 10, p. 293. — **Le Roy Braun**. Some Conclusions after operating for two years on the pelvic diseases of insane women. *Am. J. Obst.*, 1905, n° 2, p. 208. — **Robb** (**H.**). Conservatism in Pelvic Surgery. *Am. J. Obst.*, décembre 1904, 822. — **Varaldo**. Capsule surrenali aberranti nell' ovaio. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1904, n° 12, p. 725.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHÉSIE. — **Bantock**. In Defence of the Pessary. *J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, janvier 1905, p. 17. — **Carstens**. Stem Pessary for Dysmenorrhœa. *Annals of Gyn. a. Ped.*, décembre 1904, p. 650. — **Congdon**. Suture a. Ligature Material. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 47. — **Engels**. Einige Bemerkungen zu den Arbeiten « weitere Beiträge zur Handedesinfektion ». *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, août 1904, p. 246. — **Fleischmann**. Zur Anatomie der Atmokausis. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 6, p. 171. — **Habberstaedter**. Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Ovarien. *Berlin klin. Wochensch.*, 1905, n° 3, p. 64. — **Keyserlingk**. Ein neues Spekulum zur Scheiden-Dammnaht. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 4, p. 109. — **Muller**. Ueber Anamisierung u. Lokalanästhesie. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 2, p. 40. — **Pincus**. Meth. Kompression als typische Heilveirfahren in der Gyn., *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, janvier 1905, p. 71. — **Pinto**. Contributo allo studio degli elementi cellulari che se trovani nel punto di inserzione della placenta nelle parete dell'utero gravido e puerperale. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1905, n° 1, p. 9. — **Reverdin** et **Mossel**. De l'asepsie des mains en chirurgie, janvier 1905, p. 1. — **Schmorl**. Ueber das Schicksal embolisch verschleppter Placentarzellen. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 5, p. 129. — **Steinschneider**. Adrenalin bei Gebarmutterblutungen. *Munch. Mediz. Wochensch.*, janvier 1905, p. 72. — **Wetherill**. A new self-retaining Catheter and Vesical Irrigator. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 42.

VULVE ET VAGIN. — **Arcangelis**. Mixo-sarcoma pendulo del grande labbro. *Archivio di ost. e ginec.*, 1905, n° 1, p. 1. — **Duplay**. Chorio-épithéliome du vagin. *La Tribune méd.*, février 1905, p. 119. — **Groves**. A new operation for the Cure of Vaginal Cystocele. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, 1905, n° 3, p. 187.— **Pichevin**. Esthiomène de la vulve. *La Semaine gynécol.*, 1905, n° 5, p. 33.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Barozzi**. De la torsion axiale de l'utérus. *La gynécologie*, décembre 1904, p. 481. — **Davis**. The Immediate Repair of the Pelvic Floor and Perineum. *Med. News*, décembre 1904, p. 1105. — **Fehling**. Zur Technik der Alexander-Adams'schen operation. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 6, p. 161. — **Ferré**. Sur l'inversion utérine à propos d'un cas d'inversion

survenue le 6e jour de l'accouchement. *L'Obstétrique*, mars 1905, p. 97. — **Gouin.** *Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical.* Thèse de Paris, 1905. — **Hengge.** Zum Mechanismus und zur Behandlung frischer Scheiden-Dammverletzungen. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, Bd. XX, Hft. 2, p. 167. — **Kleinwachter.** Einige Worte über die spontane eintretende Aufstellung des mobilen retrodeviirten Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIV, Hft. 3, p. 69. — **Lemoine.** *Des ruptures du périnée consécutives à l'accouchement et de leur traitement immédiat et secondaire.* Thèse de Paris, 1905. — **Pugliese.** Contributo casuistico alla inversione acuta puerperale dell'utero. *Archivio italiano di Ginec.*, février 1905, p. 72.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Alexander** (W.). Adenoma hœmorrhagica of the Endometrium. *The British gyn. J.*, février 1905, p. 345. — **Boldt.** Treatment of Uterine Bleeding. *Annals of Gynec. a. Ped.*, janvier 1905, p. 18. — **Browd.** The Use and Abuse of Curettage of the Uterus. *Med. Record*, janvier 1905, p. 131. — **Hessert.** Accidental Perforation of the Uterus during Curettage. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 26. — **Mellish.** Physometra, pyometra, hematometra. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 60. — **Nordin.** Curettage utérin. Colporrhaphie antérieure, postérieure; périnéorrhaphie pratiquée dans la même séance opératoire. Guérison. *Revue technique d'andrologie et de gynécologie*, mars 1905, p. 81. — **Pichevin.** La syphilis utérine. *Sem. gyn.*, 21 février 1905. — **Pichevin.** Tuberculose des organes génitaux internes. Abcès froid provenant d'un ganglion inguinal. *Semaine gynécologique*, 7 mars 1905, p. 73. — **Schottlander.** Hist. Diagnose bei Frühstadien von Uterus tuberkulose. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, janvier 1905, p. 53.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Balloch.** The Limitations of operative intervention in Cancer of the Cervix. *Am. J. Obst.*, décembre 1904, p. 737. — **Basham.** Pregnancy Complicating Fibroids. *Am. J. Obst.*, janv. 1905, p. 69. — **Briggs.** A case of uterine fibroids and corporeal cancer. *Trans. of the North of England obst. e Gyn. Soc.*, décembre 1904, p. 142. — **Coleman.** Hysterectomy and the general Health. *Med. News*, décembre 1904, p. 1212. — **Essen-Müller.** Zur Wertschätzung der Myomoperationen. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, février 1905, p. 202. — **Fischer.** Chorionepitheliom und Luteincysten. *Deutsche Mediz. Wochensch.*, janvier 1905, p. 142. — **Flatau.** Erfahrungen mit dem Uteruskrebs in Nürnberg. *Munch. med. Wochensch.*, mars 1905, p. 508. — **Frassi.** Nota istologia sulla molle vescicolare. *Annali di ost. e Ginec.*, 1905, n° 1, p. 57.— **Gottschalk.** Ueber die Blasenmole. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 3, p. 516.— **Henkel.** Zur Klinik und z. konservativen Behandlung der Myome des Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 1, p. 420. — **Katz** (R.). Zur Kasuistik der submukösen Myome. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, février 1905, p. 222. — **Lewis.** Fibromyomata of the uterus. *Am. J. Obst.*, mars 1905, p. 342. — **Lick.** Beitrag zur Statistik des inoperables uterus-carcinoms. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, Bd. XX, Hft. 2, p. 227. — **Lockyer** et **Doran.** Two Cases of uterus Septus unicollis, both associated with Fibromyoma, and one also with hœmatosalpinx. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, 1905, n° 3, p. 167. — **Monod.** Sur le déciduome malin. *Bull. et mém. Soc. de chirurgie*, janvier 1905, p. 55.— **Morisani.** Raro caso di fibroma dell'utero e tumore del rene. *Archivio di Ost. e Ginec.*, février 1905, p. 73. — **Nabuco de Gouved.** Du chorio-épithéliome malin de Marchand. *La Gynécologie*, décembre 1904, p. 498. — **Robb** (H.). The early Diagnosis of Cancer of the Fundus, with Report of Cases. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 92. — **Schulze.** Zur Frage des Peritonealverschluss nach vaginales Totalexstirpatio des uterus nebst Bericht über 56 ausgeführte Operationen. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mars 1905, p. 325. — **Sturmdorf.** The clinical modifications of uterine fibroids as indications for early operative intervention. *Med. News*, février 1905, p. 262. — **Sutchffe.** Removal of a dermoid Cist and a Decomposing Fœtus from the Uterus by Abdominal Section with Remarks. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 58. — **Thomas.** *Des indications de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë.* Thèse de Paris, 1904. — **Villard.** Enorme fibrome kystique pédiculé de l'utérus. *Bull. de la Soc. de chirurgie de Lyon*, novembre 1904, p. 308. — **Vineberg.** The Effect of hysterectomy on the Sexual Function. *Med. News*, décembre 1904, p. 1249. — **Wagner.** Ueber Verkalkung in den Fimbrien der Tuben. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 3, p. 645. — **Walls.** An unusua Case of fibroma of the Uterus removed by supra-vaginal Hysterectomy. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, décembre 1904, p. 446. — **Whitridge-Williams.** Contribution to the origin of Adenomyoma of the uterus. *Annals of Gyn. a. Ped.*, janvier 1905, p. 15.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Boyen.** The Effet of Tubal Abcess upon the Position of the Ureter. *The Boston*

med. et Surg. J., février 1905, p. 184. — **Coe**. An unusual case of pelvic abscess. *Med. Record*, février 1905, p. 291. — **Freund**. Stypticin bei Gebärmutter-blutungen. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 2, p. 39. — **Manton**. A typical Case of tubercular peritonitis. *Am. J. of Obst.*, 1905, n° 2, p. 195. — **Pichevin**. Syphilis des annexes de l'utérus. *Gaz. des hôpitaux*, janvier 1905, p. 49. — **Theilhalber**. Zur Pathologie und Therapie der Salpingitis chronica, janvier 1905, p. 69.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; OVARIOTOMIE, SALPINGECTOMIE. — **Bishop**. A case of Recurrent or successive ovarion papilloma with sequent ventral Hernia followed by cervical epithelioma ; two abdominal cœliotomies ; operation for ventral Hernia ; vaginal hysterectomy. *The Lancet*, mars 1905, p. 566. — **Brunet**. Ein Fall von Adenomyom des Epoophoron. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LIII, Hft. 3, p. 509. — **Campbell** (**M.**). An ovary with a well-marked fibrous excrescense. *J. of Obst. a. Gynec. of the British Emp.*, 1905, n° 3. p. 197. — **Fenwick**. Ovarious disease associated with uterine fibroides. *The British gyn., J.*, février 1905, p. 322. — **Fraenkel**. Diagnose des kystadenoma serosum papillare ovarii. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, janvier 1905, p. 67. — **Glockner**. Beiträge zur Kenntniss der soliden Ovarialtumoren. *Arch. f. Gyn.*, 1905, Bd. LXXV, Hft, 1, p. 49. — **Hormann**. Ueber Pseudoaszites bei ovarialtumoren und denen klinische Bedeutung. *Munch. med. Wochensch.*, mars 1905, p. 554. — **Jacobs**. Myxo-sarcome sous-muqueux de la trompe ; tumeur bilatérale. *Bull. Soc. belge de gynéc. et d'obst.*, t. XV, n° 4, p. 92. — **Jayle** et **Papin**. De la dégénérescence néoplasique des ovaires dans le cancer de l'utérus. *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1904, n° 6, p. 939. — **Lockyer**. Lutein Cysts in Association with vesicular Mole a. Chorio-Epithelioma ; a contribution to the study of the normal and abnormal processe in the development a. retrogression of the corpus lutei. *J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, janvier 1905, p. 1. ; 97. — — **Martin**. Double ovarian papillomatous and cystic tumours, with a large fibroid Tumor springing from the fundus of the uterus, hysterectomy and ovariotomy. *Trans. of the North of England Obst. a. Gyn. Soc.*, novembre 1904, p. 127. — **Mc Gregor**. Congenital multilocular cyst of the omentum. *The Lancet*, janvier 1905, p. 157. — **Offergeld**. Organanlagen in den ovarial-embryomen mit besonderer Berücksichtigung pathologischer Vorgänge. *Arch. f. Gyn.*, 1905, Bd. LXXV, Hft. 1, p. 165. — **Potherat**. Kyste dermoïde para-ovarien. *Bull. et Mém. Soc. de chirurgie*, janvier 1905, p. 22. — **Puech**. Des fibromes de l'ovaire. *Gaz. des hôpitaux*, mars 1905, p. 303. — **Pulvermacher**. Ebin Fall von primarën Sarkom des Beckenbindegewebes. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 2, p. 33. — **Reford**. Ovariotomy in Child. *British med. J.*, février 1905, p. 412. — **Rouffart**. Kyste de l'ovaire suppuré avec péritonite purulente. Traitement par l'oxygène. *Journ. de chirurgie* et *Annales de la Soc. belge de chirurg.*, 1904, n° 7, 227. — **Sanson**. *De la torsion du pédicule dans les tumeurs liquides des annexes* (*kystes de l'ovaire*. Hydrosalpinx). Thèse de Paris, 1905. — **Schröder**. Ueber das spatere Schicksal von implantationen und zurückgelassenen Tumorresten und Ovariotomien. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIV, Hft. 1, p. 19. — **Swain**. A clinical lecture on operation for diseases of the uterus and solidovarian tumours. *British med. J.*, décembre 1904, p. 1737.

ORGANES URINAIRES. — **Chapay**. *Traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé de Braquehaye*. Thèse Paris, 1905. —**Goelet**. The gynecological importance of prolapsed Kidney. *Annals of Gyn. a. Ped.*, décembre 1904, p. 659. — **Johnson**. Cystoscopic Measures an adjuvant in the treatment of many conditions found in Women. *Annals of Gyn. a., Ped.* décembre 1904, p. 656. — **Simon**. Vorfall und Gangrän des erweiterten Ureterendes. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 3, p. 77. — **Sprigg**. Movable Kidney. *Am. J. Obst.*, décembre 1904, p. 767.— **Zangemeister**. Ueber Blasensteine. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XX, Hft. 2, p. 195.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Walsch**. Ruptured ectopic Pregnancy, with reference to cases of the acute intra-peritonal cyste. *Med. News*, janvier 1906, p. 169.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Müller**. Zur Technick der Laparatomie. *Munch. med. Wochensch.*, février 1905, p. 413. — **Podhoretzky**. Kurze Ubersicht über 1000 von Prof. Fenomenoff ausgefuhrte Laparatomien. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 3, p. 633.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Starke**. Ueber Geburten bezw. Spatgeburten bei Riesenwuchs der Kinder und über die Dauer der menschlichen Schwangers. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 3, p. 567.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Bondi.** Zur Anatomie u. Physiologie der Nabelgefasse. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 1. p. 1. — **Copaldi.** Sul contenuto di grasso del sangue nella gravidanza e nel puerperió. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1904, n° 12, p. 707. — **Ferroni.** Per la studio embriologico dell'imene. *Annali di Ost. e Ginec.*, décembre 1904, p. 511. — **Ferroni.** I grassi neutri, gli acidi grassi, i saponi nelle feci delle gravide e delle puerpuere sane. *Annali di Ost. e Ginec.*, p. 86. — **Gauss.** Zur instrumentellen Messung der conjugata obstetrica. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 1. p. 122. — **Hahl.** Beitrag zur Kenntniss des Stoffwechsels wahrend der Schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, 1905, Bd. LXXV, Hft. 1, p. 31. — **Nicholson.** The Heart a. circulation in Pregnancy. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, janvier 1905, p. 30. — **Paladno.** La mitosi nel corpo luteo e le recenti congetture sulla significaciorie di questo. *Archivio di ost. e ginec.*, février 1905, p. 65. — **Polano.** Der Antitoxinübergang von der Mutter auf das Kind. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 1, p. 6. — **Van der Hœven.** Le développement des membranes de l'œuf et la signification du trophoblaste pour l'attachement du blastoderme. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1904-1905, p. 3. — **Varaldo.** Esperimenti di circolazione artificiale nella placenta. *Archivio di ost. e ginec.*, 1905, n° 1, p. 36. — **Voigt.** Ueber das Verhaltnis von mutterlichen u. kinderlichen Elementen an der Einnistungstelle jungerer menscheicher Eier. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIV, Hft. 3, p. 57.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Blau et Cristofoletti.** Ueber die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, février 1905, p. 163. — **Cale.** The calculation of the date of Delivery. *British med. J.*, février 1905, p. 243. — **V. Herff.** Zur Frage der Wahrnemung von Herztonen vor der Mitte der Schwangerschaft. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 5, p. 138. — **Preuss.** Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 3, p. 529.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Bravetta.** Trigemini monocori triamnotici con feto acardiaco-acefalo. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 2, p. 228. — **Dreyfuss.** Ueber einen Fall von Drillingsgeburt bei einem Uterus bicornis unicollis. *Munchen. med. Wochensch.*, février 1905, p. 360. — **Lequeux.** Sur quelques cas de grossesses gémellaires avec fœtus antéposés. *L'Obstétrique*, mars 1905, p. 104.

DYSTOCIE. — **Clayton.** A Case of Septate Uterus and Vagina : Pregnancy in the Right Half; Delivery. *The Lancet*, janvier 1905, p. 225. — **Labbarat.** Ueber Uterusrupturen in Narben von früheren Geburten. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 1, p. 478. — **Ljle (R.).** Case of Cœsarean Section at full Term for complete obstruction by fibroid Tumour; double Uterus and Vagina. *The J. of obst. a. gyn. of british Emp.*, décembre 1904, p. 438. — **Sathoron.** The application of the Forceps in contracted Pelvis. *Am. J. obst.*, mars 1905, p. 336. — **Spencer (H.).** Three Cases of Cancer of the Cervix complicating Labour in Advanced Pregnancy, the Patients remaining well II, 8 1/2 and 8 years after high Amputation of the Cervix. *The J. of obst. a. gyn. of British Emp.*, décembre 1904, p. 421. — **Thomson.** Dermoid Cyst of the ovary Complicating Labor. *Am. J. obst.*, janvier 1905, p. 87.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Berkeley.** Tubal gestation. *The J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, 1905, n° 2, p. 77. — **Fellner.** Ueber das Verhalten der Gefasse in Eileiterschwangerschaft; Autothrombose. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 3, p. 481. — **Fenwick.** A tubal Pregnancy of some Years of Duration. *British med. J.*, décembre 1904, p. 1739. — **Hamres.** Ein Fall ausgetragenen ektopischer Schwangerschaft. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mars 1905, p. 356. — **Hirschberg.** Deciduale Zellbildungen am Wurmfortsatz bei Tuberschwangerschaft (periappendicitis decidualis). *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 3, p. 620. — **Penekert.** Ueber deciduale Veranderungen im Netz bei tubo-abdominaler Schwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LIV, Hft. 1, p. 80.

FŒTUS, NOUVEAU-NÉ, TÉRATOLOGIE. — **Ahlfeld.** Die intra-uterine Tätigkeit der Thorax und Zwerchfell muskulatur. Intra-uterine Atmung. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, février 1905, p. 143. — **Argento.** Due casi di morte apparente dei neonati curati col processo Podciechowschi. *Archivio di ost.*, 1904, n° 12, p. 735. — **Arnheim.** Ein Fall von angeborener Pulmonalstenose sowie Bemerkungen über die Diagnose des offenen Ductus Botalli. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 8, .p 206. — **Brehmer.** Ueber Gonococcensepsis der Neugeborenen. *Deuts. med. Woch.*, 12 janvier 1905. Congenital multilocular Cyst of the omentum. *The Lancet*, Londres, 21 janvier 1905, p. 157. — **Kocks.** Der suboccipo-frontale Kopfumfang. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 2, p. 27. — **Lewis.** Electromelus *Am. J. Obst.*, décembre 1904, p. 747. — **Rocaz.** Un cas de pseudo-tétanos des nouveau-nés. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1905, n° 5, p. 55. — **Rosenberg**

Three Cases of excessive fetal development. *Med. Record*, janvier 1905, p. 10. — **Rudaux**. Diagnostic et traitement de la mort apparente du nouveau-né. *Arch. gén. de Médecine*, 7 février 1905.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Baisch**. Fürun und wider kie Kunstliche Frühgeburt. *Deuts. med. Woch.*, 23 mars 1905. — **Canton**. Operacion cesarea conservadora y radiopelvimetra. *Revista obstet.*, 1904, n° 6, p. 243.— **Franqué**. Zur Indikation des Schambeinschnitts nach Gigli. *Munch. med. Wochensch.*, mars 1905, p. 441. — **Gigli**. Die Symphyseotomie ist eine chirurgisch inkorrekte Operation. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 11, p. 326.— **Heil**. 144 Zangenentbindungen. *Munch. mediz. Wochensch.*, juin 1905, p. 169.— **Hirschberg**. Ein neuer Fall von intrauteriner Skelettierung. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 8, p. 205. — **Hubbard**. Cœsarean Section for distocia following Myomectomy. *Am. J. obst.*, mars 1905, p. 317. — **Kriwski**. Kasuistik des wiederholten Kaiserschnitts. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, janvier 1905, p. 41. — **Lewis**. Three specimens of exencephalia. *Am. J. obst.*, 1905, n° 2, p. 202. — **Lichtenstein**. Spatfolgen des Entbindungsverfahrens nach Bossi. *Archiv. f. Gyn.*, Bd. LXXV, Hft. 1, p. 1. — **Lovrich**. Die Extraktion nach Mueller. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, mars 1905, p. 293. — **Mainzer**. Vaginaler Kaiserschnitt bei Eklampsie. *Deutsche mediz. Wochensch.*, février 1905, p. 266. — **Michel**. Sectio cœsarea wegen retrocervicalen Myomes mit Totalexstirpation des Uterus. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 6, p. 165. — **Morau**. Indications for Cesarean Section, Report of two Cases, Recovery. *Am. J. obst.*, mars 1905, p. 320. — **Planchu**. Indications du forceps et de la version dans les rétrécissements du bassin. *Journ. d'obst., de gyn. et de péd. pratique*, décembre 1904, p. 159. — **Reed** (**C.**). Treatment of Eclampsia. *Am. J. obst.*, mars 1905, p. 331. — **Seeligmann**. Ueber Embryotomie. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 3, p. 73. — **Tweedy** et **Holmes**. Three Cases of Cæsarean Section. *J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, mars 1905, p. 200. — **Zweifel**. Ist die Symphyseotomie eine chirurgisch inkorrekte operation. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 1, p. 1. — **Zweifel**. Ein neues Perforatorium zur vollkommen Sicherung gegen das Ableiten. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 12, p. 364.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Ahlfeld**. Zur Verhutung grösserer Blutverluste in der Nachgeburtsperiode. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LVI, Hft. 1, p. 148. — **Ahlefelder**. Ein Fall von einseitiger Ureterkompression in der Schwangerschaft mit schweren Allgemeinerseheivenger. *Mon. f. u. Gyn.*, mars 1905, p. 308. — **Allen**. Eclampsia with Report of Cases. *Am. J. of. obst.*, 1905, n° 2, p. 155. — **Audebert**. Rupture du cordon pendant l'extraction podalique. *Journ. d'obst., de gyn. et de péd. pratiques*, décembre 1904, p. 166. — **Brodhead**. The Treatment of the obstetric hemorrhagie. *Am. J. of obst.*, 1905, n° 2, p. 183. — **Burckhard**. Zur Serumtherapie der Streptokokkenninfectionen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 1, p. 490. — **Cerf**. Rougeole par contagion intra-utérine. *Annales méd. — chirurg. du Centre*, décembre 1904, p. 599.— **Christiani**. Cholecystitis in Wochenbett. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, janvier 1905, p. 45. — **Credé**. Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 6, p. 163. — **Cristalli**. Eclampsia o eclampsie puerperali? *Archivio di Ost., ginec. e* 1905, n° 1, p. 14. — **Davis**. The Toxoemia of pregnancy. *Americ. J. of the med. Sc.*, 1905, n° 2, p. 227. — **De Lee**. A Case of Indirect Traumatic Rupture of the Uterus in the seventh Month of Pregnancy. Amputation of the Uterus. Recovery. *Am. J. obst.*, décembre 1904, p. 814. — **Dienst**. Das Eklampsiegift. *Zent. f. Gyn.*, mars 1905, p. 353. — **Doerfler**. Zur Verhutung des Puerperalfiebers. *Munch. Mediz. Wochensch.*, février 1905, p. 409. — **Doerfler**. Zur Verhutüng des Purperalfiebers. *Munch. med. Woschensch.*, mars 1905, p. 461. — **Ewing**. The pathological anatomy and pathogenesis of the toxemia of pregnancy. *Am. J. obst.*, 1905, n° 2, p. 145.— **Festa**. Contributo allo Studio delle cisti placentari. *Annali di ost. e. ginec.*, décembre 1904, p. 560. — **Foulerton**. Epitome of a paper entitled « an Investigation into the Causation of Puerperal Infection ». *J. of obst. a. gyn. of the British Emp.*, 1905, n° 2, p. 121.— **Foulerton**. The Treatment of Streptococcic Puerperal Fever by Antitoxic Serum. *The Lancet*, décembre 1905, p. 1828. — **Gutbrod**. Die Vermeidung von Blasenstorüngen nach Gynakologischen Operationen. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 10, p. 291. — **Herman**. Emphysema subcutaneum wahrend des Gebaractes entstanden. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LIII, Hft. 3, p. 503. — **Holst**. Tuberculose und Schwangerschaft. *Munch. Med. Wochensch.*, février 1905, p. 417. — **Jackson**. Glycosuria in pregnancy. *The Boston med. a. surg. J.*, février 1905, p. 159. — **Jacoby**. Ueber den Riesenwuchs von Neugeborenen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 3, p. 536. — **Jardine**. A Case of Concealed Accidental Hœmorrhagie *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, décembre 1904, p. 446.—**Keyes**. Sequelœ and Treatment of Abortion. *Am. J. Obst.*, mars 1905, p. 348. — **Krœmer**. Die Prophylaxe der Wochenbetts-Morbidität in der Schwangerschaft. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, août 1904, p. 178. — **Lairo**. Aborto spontaneo o criminoso? etc. *Archivio di ost. e ginec.*, 1905, n° 1, p. 47. — **Lea**. A Case of Rupture of the Uterus associated with

Placenta prœvia. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, décembre 1904, p. 442. — **Lee (de)**. Theories of Eclampsia. *Am. J. Obst.*, mars 1905, p. 325. — **Lobenstine**. The clinical manifestation of hemorrhages in eclampsia. *Am. J. of the med. Sc.*, 1905, n° 2, p. 234. — **Löhnberg**. Weiterer Beitrag zur Kehlkopftschwindsucht der Schwangeren. *Munch. Mediz. Wochensch.*, 1905, n° 7, p. 311. — **Mosny** et **Beaufumé**. Polyarthrite puerpérale de nature gonococcique. *La Tribune méd.*, décembre 1904, p. 821. — **Pichevin**. Syphilis des annexes de l'utérus. *Gaz. des hôpitaux*, janvier 1905, p. 87. — **Rosa**. A Case of Streptococcic Puerperal Infection treated with a special antistreptococcic Serum. Recovery. *The Lancet*, décembre 1905, p. 1830. — **Rudaux**. De la colique hépatique pendant la puerpéralité. *Arch. gén. de Méd.*, 10 janvier 1905. — **Schmidlechner**. Fall von tetania gravidarum. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 4, p. 100. — **Sëitz**. Ein Fall von akutem Odem der Mutterundslippen wahrend der Schwangerschaft infolge Koprostase. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 10, p. 289. — **Sittner**. Zur aktiven Therapie der Abortus. *Deuts. med. Woch.*, 2 Mary 1905. — **Stein**. Ueber Facialis un Hypoglosusparese nach Spontanengeburt. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 11, p. 321. — **Stewart**. Albuminuria and Nephritis of Pregnancy and Labor. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 74. — **Vecchi**. Die alcune Forme atypiche di placenta previa. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 2, p. 270. — **Verdier**. *De l'opportunité et du choix d'une intervention dans l'avortement incomplet*. Thèse de Paris, 1905. — **Valery**. *Du traitement des Ruptures utérines pendant le travail*. Thèse de Paris, 1905. — **Warren (S.)**. The Prevalence of puerperal Septicemia in private practice at the present time compared with that of a generation ago. *Am. J. Obst.*, mars 1905, p. 301.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, ANESTHÉSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Ahlfeld**. Hat die präliminare Scheidenreinigung einen Enfluss auf die Wochenbetts morbiditat. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LIV, Hft. 1, p. 145. — **Kolipwiski**. The antiseptic Treatment of the puerperal Woman. *Med. News*, décembre 1904, p. 1758. — **Voorhees**. Further Results in the use of a modified Champetier de Ribes Ballon. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 9. — **Walker**. On the Administration of Antistreptococcic Serum. *The Lancet*, décembre 1904, p. 1830. — **Ziffer**. Skopolamin-Morphin-Narkose. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, janvier 1905, p. 20.

VARIA. — **Bertino**. Ricerche sull'epoca in cui compaiono alcuni fermenti solubili nel latte muliebren e sul loro significato nell' alimentazione del bambinö. *Annali di ost. e ginec.*, 1905, n° 2, p. 180. — **Cova (E.)**. La Prognosi materna e fetale nei casi di infezione del liquido amniotico. *Annali di ost. e ginec.*, 1905, n° 2, p. 13. — **Dickinson**. Five obstetric examination. *Brooklyn med., Journ.*, mars 1905. — **Freund**. Die Veranderungen des Nasen-Rachenraums bei Schwangeren Gebaren de nund Wochnerinnen. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, Bd. XX, Hft. 2, p. 210. — **Jacobsen**. Can our present Method of utilising the principle of axis traction in obstetric practice be further developped. *Am. J. Obst.*, mars 1905, p. 289. — **Keim**. Traitement général et restauration de la femme après les hémorragies puerpérales. *Journ. d'obst. et de pédiatrie pratiques*, février 1905, p. 117. — **Lohr**. Zur Frage von Hömolysinbildung pathogener Staphylocokkhenstamine auf Grund eins Falles von Staphylococcensepsis bei einer Puerpera. *Munchen Mediz. Wochench.*, mars 1905, p. 504. — **Martin**. Stillvermogen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 3, p. 513. — **Quillier**. Nécessité d'une direction médicale dans l'allaitement au sein. *L'Obstétrique*, mars 1905, p. 115. — **Voorhees**. Care of Puerperale. *Med. News*, janvier 1905, p. 49. — **Rommel**. Zur Zeistungsfähigkeit der weiblichen Brustdruse. *Munchen. Mediz. Wochensch.*, mars 1905, p. 443. — **Weill**. Beitrag zur differentiellen Entwicklungs mechanik der Geschlects. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mars 1905, p. 285. — **Wolff**. Antwort auf die Bemerkungen des Herrn Blumreich zur Frage der Konvulsionen nephrektomierter Kaninchen. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 5, p. 140.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie. 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

G. STEINHEIL, Éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

VIENT DE PARAITRE

TRAITEMENT

DU

CANCER DE L'UTÉRUS INOPÉRABLE

Par le Docteur RÉCAMIER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris ; ancien aide d'Anatomie à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital libre Saint-Michel.

Un vol. in-8 carré de 214 pages. — Prix : **3** fr. **50**.

Ce livre, écrit avec méthode et clarté et avec beaucoup de souci de l'exactitude par un homme ayant l'expérience de la question, peut rendre les plus grands services au praticien, souvent en complet désarroi et trop prompt au découragement en face des rancœurs de la maladie en question.

Tout ce qui a été proposé de raisonnable pour soulager les malheureuses qui en sont atteintes est passé au crible d une judicieuse critique. Après avoir abordé les *indications de l'hystérectomie*, l'auteur expose d'une facon très complète, dans ce qu'elle a de spécial au cancer utérin, *la technique du curettage* et des *divers procédés de cautérisation ignée et chimique*. Mais nous recommandons tout particulièrement la lecture des pages relatives aux *pansements*, au *traitement palliatif des fistules*, *de l'incontinence*, *de la douleur*, *de l'urémie et de l'anurie*, au *traitement général*, à *l'hospitalisation* et enfin à *l'action morale du médecin*. C'est dans cette seconde moitié de l'ouvrage que l'auteur donne vraiment sa note personnelle. On chercherait vainement ailleurs un ensemble de conseils aussi directement pratiques.

TRAVAUX DE CHIRURGIE ANATOMO-CLINIQUE

Par **Henri HARTMANN**

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

DEUXIÈME SÉRIE. — **VOIES URINAIRES — TESTICULE**

Statistique du service Civiale, par HARTMANN. — Les tumeurs de la capsule surrénale, par HARTMANN et LECÈNE. — Etude sur les tumeurs solides du rein, par LECÈNE. — Kystes du rein, par HARTMANN. — De la conduite à tenir en présence d'une déchirure de la veine cave au cours de la néphrectomie, par HARTMANN. — Quel est le meilleur moyen d'étudier la manière dont se fait l'évacuation du contenu des reins ? par HARTMANN. — Anatomie des glandes bulbo-uréthrales, par P. LEBRETON. — Note sur un cas de kyste développé aux dépens d'une glande bulbo-uréthrale, par HARTMANN. — Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine, par HARTMANN. — L'épithélioma primitif de l'urèthre prémembraneux chez l'homme, par LAVENANT. — Tuberculose de l'urèthre simulant un néoplasme, par LECÈNE et PRAT. — Etude sur la tuberculose expérimentale du testicule, par CH. ESMONET. — Technique des orchites expérimentales par voie artérielle spermatique, par CH. ESMONET. — Hydrohématocèle en bissac infectée de dimensions énormes, par HARTMANN. — Note sur la bactériologie des vaginalites aiguës, par HARTMANN, ESMONET et LECÈNE. — Note sur l'histologie de l'épididymite blennorrhagique, par B. CUNÉO.

1 vol. in-8 grand-jésus de 340 pages avec 105 figures. Prix : **15** francs.

Paru précédemment :

PREMIÈRE SÉRIE. — **Voies urinaires. Estomac.** — Avec la collaboration de MM. B. CUNÉO, DELAAGE, P. LECÈNE, LEROY, G. LUYS, PRAT, G.-H. ROGER, SOUPAULT. Un vol. in-8 grand-jésus de 360 pages avec 113 figures dans le texte. Prix : **15** francs.

Supplément aux *Annales de Gynécologie*. — Avril 1905.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De l'apiol.

L'apiol est le principe actif de la semence de persil, dont les propriétés emménagogues sont incontestables et reconnues par la plupart des auteurs qui l'ont étudié (Bouchardat, Bouchut, Siredey, etc.). Cette action est utilisée surtout dans la dysménorrhée, quand celle-ci doit être traitée, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une inflammation de l'utérus ou des annexes. L'indication principale est fournie par les règles douloureuses des jeunes filles, dont la *Gazette hebdomadaire* a étudié le traitement dans un article récent. Ajoutons que l'apiol se serait montré efficace dans les fièvres intermittentes de moyenne intensité (Manquat).

Doit-on donner le nom d'apiol au liquide oléagineux, non volatil, d'une coloration variant du jaune ambré au vert et même au vert brun, de saveur âcre et piquante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme? Ou bien ce liquide n'est-il autre chose qu'un produit complexe, dans lequel on peut isoler un principe actif cristallisable? Ce sont là des points qui ne sont pas encore définitivement tranchés et sur lesquels les opinions des chimistes varient avec leurs pays d'origine.

Tandis que l'apiol liquide semble ou plutôt semblait, il y a encore peu d'années, prévaloir en France et en Belgique, en Allemagne, au contraire, l'apiol cristallisé est adopté à l'exclusion des autres formes sous lesquelles il peut être obtenu.

La caractéristique de ce désaccord est fournie par ce fait assez curieux que quelques fabricants allemands qui, dans leur préparation de l'apiol, obtiennent le principe cristallisé à côté du principe liquide, se réservent le premier pour les besoins de la consommation allemande et livrent à la consommation française le principe liquide, qu'ils ne peuvent écouler chez eux.

Si l'on admet l'opinion qui prédomine en Allemagne et à laquelle de sérieux travaux des chimistes allemands ont ajouté un regain d'intérêt (*Annales de Merck*, 1896-98), l'apiol, chimiquement pur, serait un corps cristallisé en aiguilles blanches, fusibles à + 30°, bouillant vers + 300°, et, comme l'apiol liquide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et le chloroforme.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une façon bien formelle sur les données contradictoires fournies par la pharmacopée franco-belge d'une part, la pharmacopée allemande d'autre part. Le mieux est donc d'augurer, non de telle ou telle constitution chimique, mais seulement des effets thérapeutiques qu'on en a obtenus. Ici encore la clinique reste souveraine et c'est à elle qu'il faut s'en rapporter pour faire un choix entre les deux produits.

Or une expérience de plus de dix années semble établir que l'apiol cristallisé réunit au plus haut degré toutes les qualités requises de cette substance. Mais, pour cela, il est nécessaire que la préparation pharmaceutique soit obtenue de telle manière que les principes utiles de la semence de persil, cristallisables ou non cristallisables, s'y trouvent associés, à l'exclusion des substances féculentes ou résineuses dont il convient de débarrasser l'apiol. Leur présence modifie même le poids spécifique de l'apiol liquide, qui tombe au fond de l'eau ou surnage, selon les éléments étrangers qui peuvent s'être introduits ou maintenus dans la préparation par les dissolvants employés au traitement de la semence de persil.

Sans doute, la question est encore à l'étude ; mais, comme le produit cristallisé a une action thérapeutique absolument identique au produit huileux complexe connu sous le nom d'apiol, *le praticien devra toujours prescrire de préférence l'apiol cristallisé*, qui lui donnera les garanties de pureté qui font défaut à la forme liquide dont la coloration, le poids spécifique varient avec les méthodes de préparation.

L'apiol s'emploie à la dose de 25 à 75 centigrammes par jour sous forme de capsules gélatineuses de 15 centigrammes de substance active *en solution huileuse*. C'est le seul mode pratique d'administration.

L'Usine Française (Goy et Cie) est la seule qui prépare cet apiol cristallisé, de pureté certaine.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES DERMOIDES

Par le docteur GEORGES SNEGUIREFF.

Vers la fin du mois d'octobre 1903, entra, à l'Institut gynécologique de Moscou, une malade qui a été opérée pour une tumeur de la grosseur d'une mandarine, située derrière la matrice, du côté gauche, et d'un gonflement de la trompe droite. La malade se plaignait de dysménorrhée. La matrice et les annexes ont été enlevées. Les suites de l'opération furent des plus simples ; la malade partit en pleine santé le 24 novembre.

L'examen macroscopique de la pièce enlevée montra que l'utérus était augmenté, induré, en état d'inflammation chronique.

La trompe gauche était soudée à l'ovaire gauche et constituait la tumeur, qu'on palpait dans le cul-de-sac du côté gauche. La trompe droite formait plusieurs nodosités fusiformes. L'incision d'une de ces parois donna issue à une masse caséeuse, ayant l'aspect d'un détritus tuberculeux. L'habitus de la malade laissait aussi soupçonner un processus tuberculeux. Par suite, une affection tuberculeuse des annexes fut soupçonnée.

La partie de la trompe droite près de l'ovaire fut soumise à un examen microscopique. On s'attendait à y trouver des granulations tuberculeuses ; on fut bien étonné d'apercevoir des grappes de glandes sébacées, des îlots de cartilage hyalin et d'épithélium à couches multiples. Ainsi le diagnostic de tuberculose, supposé, fut remplacé par celui d'un embryome (dermoïde).

D'après les notions sur ce sujet, les kystes dermoïdes peuvent se trouver dans des régions différentes du corps humain : ainsi, près de l'orbite, à la base du crâne, sur le cou, dans la vessie urinaire, mais le plus souvent dans les glandes génitales. La dénomination « dermoïde » a été donnée parce que ces formations contiennent le plus souvent les dérivés de la peau. On regarde une formation pareille comme un vrai « dermoïde » si elle ne contient que les dérivations cutanées. De cette nature sont la plupart des kystes dermoïdes qu'on trouve dans les régions diverses du corps. Quant aux kystes dermoïdes des glandes géni-

tales, elles renferment toujours les dérivations de tous les trois feuillets embryonnaires. C'est pourquoi la dénomination « dermoïde » ne leur convient pas. Dernièrement, on les nomma « embryomes ».

Dans notre cas le diagnostic d'un embryome s'imposait par la présence des glandes sébacées, de l'épithélium et du cartilage hyalin. Il est vrai que les dérivés de l'endoderme manquaient, mais la présence des dérivés mésodermiques ne permettait pas de parler d'un dermoïde.

L'origine de ces formations n'est pas encore claire, bien que, dès le commencement du siècle dernier (V. l'ouvrage de Meckel), des recherches minutieuses sur cette question ont pris leur place.

Les théories sur la genèse des embryomes peuvent être divisées en deux groupes. L'un d'eux contient les théories de la parthénogenèse, d'après lesquelles l'ovule féminin est lui-même capable, sans que le spermatozoïde y prenne part, de produire des tissus (tels que les dents, la rétine, la glande mammaire, les cheveux, etc.). Dans l'autre groupe se trouvent les théories qui tiennent pour indispensable que les spermatozoïdes y participent. Le second groupe semble avoir plus de partisans. Ainsi, ayant feuilleté les traités et les articles qui étaient à notre portée, nous trouvâmes L. Tait, Hirst et Pfannenstiel pour la théorie de la parthénogenèse, tandis que les autres auteurs en plus grand nombre étaient contre cette théorie.

Quels sont les principes de la théorie de la parthénogenèse ? C'est que la parthénogenèse se rencontre dans la nature. Ainsi il est connu que la parthénogenèse existe chez les pucerons, que « chez le papillon du ver à soie cette espèce de la parthénogenèse se rencontre plus souvent que le mode habituel de propagation... », que « entre plusieurs groupes de papillons (*Psychidæ*), de teigne (*Finidæ*), la parthénogenèse, paraît-il, est le processus normal, c'est-à-dire, d'après ce qu'on connaît, ce serait le processus unique, car chez certaines espèces les mâles n'ont pas été trouvés (H. Spencer, *Biologie*, V. I, chap. VII). D'autre part, nous savons que « l'homogenèse (c'est-à-dire la genèse sexuelle) est universelle parmi les vertébrés » (*Ibid.*).

Ainsi, voyant que la parthénogenèse se rencontre parmi les insectes, on croit pouvoir l'admettre chez l'homme.

Et nous voilà devant un *circulus vitiosus*, à savoir : la parthénogenèse dans l'espèce humaine (et par suite chez tous les mammifères) se prouve par la présence des embryomes, et l'origine des embryomes par la parthénogenèse elle-même.

Ce qui dément le plus la théorie de la parthénogenèse, c'est la présence d'embryomes dans les testicules de l'homme. Or, il faudrait admettre, pour ainsi dire, une néaniagenèse (νεανία, jeune homme), ce qui, d'après Bonnet (11), serait une absurdité : « Es wäre absurd an eine parthenogenetische Entwickelung der Spermatogonien and Spermatocyten in Hoden zu denken. » Ensuite, nous nous heurtons à des difficultés pour accepter cette théorie en trouvant l'embryome chez des enfants des deux sexes, car dans ce cas il faudrait supposer que l'ovule n'ayant pas atteint la maturité serait capable de produire des tissus accomplis. Nous disons « n'ayant pas atteint la maturité » parce que nous n'avons pas de raison pour regarder l'ovule d'un enfant de trois semaines (comme dans le cas de Lovett et Couxcilmon) comme propre à la reproduction.

Et, de nouveau, nous n'évitons pas le *circulus vitiosus* en voulant prouver la maturité de l'ovule et sa capacité de développement parthénogenétique par les embryomes. Il est à espérer que ces deux obstacles, qui réduisent la théorie de la parthénogenèse *ad absurdum*, ne pourront jamais être surmontés.

Maintenant, adressons-nous à l'examen de l'essentiel des théories du second groupe. Le point principal est que ces théories admettent le fait de la fertilisation. Les théories ne divergent que dans leurs particularités. Ainsi, d'après Bonnet (11), c'est la cellule polaire fécondée qui produit l'embryome ; d'autres pensent que c'est l'ovule lui-même qui est fertilisé, comme dans le cas du « fœtus in fœto ». Or, tout le monde serait d'accord que l'acte de la fertilisation aurait eu lieu dans tous les cas d'un embryome.

Si nous tâchons de regarder le tout d'un autre point de vue, plus large, nous verrons que l'admission de la fertilisation précédente est indispensable pour éclaircir l'origine des embryomes. En effet, nous nous convainquons chaque jour de ce fait, que chaque naissance d'un individu a été précédée d'un acte de fertilisation. Et chaque individu par sa nature physique n'est qu'un amas de tissus. Or, il s'ensuit, quand un tissu organisé sur le type normal (comme les dents, le cartilage, la peau, etc.) paraît, son apparition et sa formation furent précédées par la conjonction des cellules génératives hétérogènes. C'est une conclusion strictement logique, car elle a pour base des faits expérimentaux incontestables, n'ayant aucune exception jusqu'à nos jours.

L'admission du fait de la fertilisation présente une grande impor-

tance ; en l'acceptant, nous évitons *eo ipso* les deux obstacles que nous rencontrons dans la théorie de la parthénogenèse.

Quant aux détails qui concernent le mode de la fertilisation et la question pourquoi les ovaires sont la place favorite des embryomes, ce sont des points qui exigent des recherches minutieuses ; dans ce cas, des raisonnements *a priori* ne peuvent être utiles.

Si nous nous trouvons obligés d'admettre la fertilisation précédente, nous devons être entièrement de l'avis de Marchand, qui dit : « Vermag Ich einen durchgreifenden Unterschied zwischen echten, fötalen Inclusionenund den rudimentären ovarial und Hoden parasiten nicht anzuerkennen »(cité d'après P. Krœmer) (14).

Le professeur Bonnet est de la même opinion, en disant : « Nach dieser Auffassung zwischen den echten fötalen Inclusionen und den Embryomen der Keimstöcke nur ein relativer, aber kein principieller Unterschied besteht. » La même idée fut exprimée par W. Atlee (9) bien avant, en 1873. Cet auteur décrit un cas d'expulsion, chez une fille de 8 ans, d'une masse amorphe par les parois abdominales, qui consistait en un fœtus non développé; à propos de cette observation, l'auteur dit : « It is, however, probable that had the masse remained quiescent until the patient had arrived to mature years, important changes would have occured in the course of time, so as to have reduced the structure to a very different condition, and caused it to assume more nearly the ordinary signs of a dermoid tumour. »

Si nous sommes de l'opinion qu'entre les « inclusiones fœtales » et les embryomes il n'y a pas de différence principale, alors les embryomes des mâles seront aussi compréhensibles que ceux des femelles; et leur localisation non dans les ovaires, mais ailleurs, ne doit pas nous étonner

En revenant à notre cas, nous devons le compter comme le septième connu dans la littérature. Le premier a été décrit par Ritchie en 1865; le second, par Schouroman en 1890; le troisième, par Pozzi en 1897; le quatrième, par Jacobs en 1899; le cinquième, par Noto (de la clinique du professeur Chiarleoni) en 1900; le sixième, par Ortkman en 1904; c'est de son excellent article (*Ueber Embryoma tubæ*) que nous puisons tous ces renseignements (23).

Il suit de ce qui précède, que les oviductes ne sont pas souvent le siège de ces malformations, et cette circonstance nous força de noter ce cas.

D'autre part, notre cas est intéressant sous un autre rapport. Les trois faits suivants ont attiré notre attention :

1° La mère de la malade avait eu 14 enfants; 2° la mère de la malade avait eu trois grossesses gémellaires; 3° notre malade était une des jumelles. Ils nous donnèrent l'idée qu'ils pouvaient servir de base à une hypothèse sur l'origine des embryomes des inclusions fœtales. Sous ce rapport, notre cas semble être très instructif.

En effet, la mère de notre malade a une forte tendance à la fertilité : elle a 14 enfants, parmi eux 3 jumeaux; on ne s'étonnerait pas du cas où notre malade serait une des trijumelles et non une des jumelles, ce qui eut lieu; mais, grâce à des forces inconnues de la nature, le troisième jumeau n'est représenté que par des réminiscences, que nous trouvons capturées par la trompe droite d'un individu plus heureux. Certes, ce n'est pas une preuve, ce n'est qu'un avis, mais en tout cas nous ne croyons personne justifié de mépriser une telle coïncidence de faits.

La faculté génératrice exagérée se manifesta non seulement par une quantité considérable de naissances, mais aussi par la formation des embryomes. Et nous répétons que cette explication pourrait une fois de plus servir de preuve pour cette hypothèse.

Ayant fait ces observations, nous nous sommes tourné vers la littérature et les archives de l'Institut (au service du professeur Sneguireff) et de la Clinique (au service du professeur Goubareff) gynécologiques de Moscou, espérant y trouver des opinions et des faits confirmant notre avis sur le rapport entre l'origine des embryomes et la faculté génératrice augmentée dans la génération précédente. Nous avons consulté les traités de Kelly, Auvard, Küstner, Labadie-Lagrave, etc., et ce n'est que chez Spencer Wells (10) que nous avons trouvé un cas, dont le sujet était « one of troins ». Mais il est à regretter que Spencer Wells, de sa part, ne donne pas son avis sur ce point. Quant aux archives des observations recueillies par l'Institut et la Clinique gynécologiques, nous y trouvâmes 53 cas de laparotomies à propos de kystes dermoïdes.

Dans ces recherches, nous avons eu un peu plus de chance. Ainsi, nous avons trouvé une certaine confirmation de notre impression, que les mères des filles atteintes d'embryome ont une faculté génératrice bien marquée.

Ainsi dans 15 cas nous avons pu noter une fécondité incontestable des mères ; le nombre d'enfants varie entre 6 et 14, ce qui donne le nombre moyen de 9 enfants par personne. Dans 16 cas l'anamnèse faisait défaut, et dans le reste il n'y avait pas d'indications sur le nombre d'enfants dans la famille.

De ceci, il suit que là où le nombre d'enfants était indiqué, il s'agissait

d'une bonne force génératrice. Nous avons le droit de supposer que, dans les cas où nous trouvons le nombre d'enfants indiqué, nous le devons attribuer non pas à une quantité d'enfants exagérée, qui pour ainsi dire sautait aux yeux, mais tout simplement à l'assiduité de l'interne de service. Or, il est probable que nous aurions trouvé dans les autres cas des chiffres analogues.

Quant à la question des jumeaux, dans aucune des anamnèses on n'en parlait. Dans ce cas, nous n'hésitons pas de dire que malheureusement cette lacune provient du fait que jamais une pareille question n'est adressée aux malades, et par suite la réponse ne se trouve pas dans les observations. Il serait à désirer que les questions posées aux malades fussent plus détaillées, sans dédaigner aucune d'elles.

Maintenant, nous passons à l'examen de certains autres points de ces 53 embryomes.

Quant à la fréquence de ces tumeurs en comparaison avec d'autres kystes, nous avons les chiffres suivants : toutes les tumeurs kystiques étaient au nombre de 366, dont 53 appartiennent aux embryomes, ce qui donne 14,5 p. 100.

Ce nombre est assez élevé, car Pfannenstiel trouva 7,5 p. 100, Zweifel 5,7 p. 100, Schauta 9,6 p. 100, Stratz 6,1 p. 100, Dorhn 6 p. 100, Olshausen 4,5 p. 100 (cité par Veit) (22), Ferrier 8 p. 100, Péan 2, 8 p. 100. Spencer Wells 2,2 p. 100 (cité par Labadie-Lagrave) (15) ; et ce ne sont que les nombres donnés par le professeur Lebedeff, 13 p. 100, et par le docteur Solowieff (de la clinique du professeur Michine) (24), 12,4 p. 100, qui s'approchent des nôtres. Il est à remarquer que ce rapport des pourcentages est presque le même à l'Institut qu'à la Clinique, à savoir 13,9 p. 100 pour le premier et 14,9 p. 100 pour le second établissement.

Selon Küstner (4), les kystes dermoïdes siègent le plus souvent dans l'excavation vésico-utérine. Cette particularité est très importante pour le diagnostic avec les autres kystes. Kelly (16) trouva que, de ses 12 cas, 5 occupaient la dite position, ce qui confirme très bien, selon lui, la règle de Küstner. De notre part, nous pouvons noter que parmi nos cas nous avons trouvé la tendance bien nette à de suivre la même règle : des 41 cas où la position de la tumeur était indiquée, dans 18 elle siégait en avant de la matrice, ce qui donne 44 p. 100. Dans 16 cas la tumeur se trouvait derrière la matrice, et dans les autres cas de côté. En ce qui concerne l'âge des malades atteintes par ces malformations, on ne peut

en déterminer les limites. Notre maximum revient à l'âge de 25 jusqu'à 30, ce qui ne correspond pas à l'observation de L. Tait (20), qui donne les chiffres de 17-22. La plus jeune de nos malades était âgée de 15 ans ; la plus âgée de 58.

Les plaintes qui amenaient les malades étaient différentes. Le plus souvent elles se plaignaient d'une douleur au bas-ventre (62 p. 100) et d'une tumeur dans l'abdomen (30 p. 100); le reste (8 p. 100) étaient des plaintes de dysurie, de stérilité, d'hémorragies, de leucorrhée et d'asthme.

La plupart des malades étaient des femmes mariées (87 p. 100). Les autres (13 p. 100) des vierges. De 46 mariées, 10 étaient stériles. Les autres 36 avaient eu au total 160 grossesses, ce qui donne 4,4 par personne. En admettant que la plupart d'entre elles n'avaient pas atteint l'âge climatérique, il faut avouer que la force génératrice dans tous ces cas avait été bien manifestée. Cette circonstance affirme indirectement (admettant l'hérédité) notre avis sur la fécondité des mères des malades.

Le temps des premières règles ne déviait pas de l'âge normal et dans 30 p. 100 était entre 14 et 15.

En fait de maladies héréditaires, nous pouvons noter la phtisie; à savoir, des 37 cas où on en trouve des indications, on la note dans 11 cas, ce qui donne 30 p. 100. Un nombre pareil ne peut pas être passé sans attirer notre attention.

Les opinions sur la coïncidence des embryomes dans deux ovaires ne sont pas d'accord. Ainsi, dit Ziegler (6) : « In seltenen Fällen enthalten beide Ovarien Dermoïde » ; d'autre part C. Schrœder (19) affirme que « les kystes dermoïdes se rencontrent assez souvent dans les deux ovaires ». Nous avons trouvé que les kystes dermoïdes bilatéraux se rencontrent dans 13 p. 100, ce qui nous rapproche de l'opinion du dernier auteur.

D'après nos recherches, nous ne pouvons pas être d'accord avec Labadie-Lagrave (15), qui dit que « les kystes dermoïdes siègent plus souvent à droite qu'à gauche ». Nous avons trouvé dans 20 cas l'origine de l'ovaire gauche, et dans 19 cas celle de droite; c'est-à-dire que les nombres étaient presque égaux : la différence d'une unité est occasionnelle.

L'avis de P. Krœmer (14), que « meist combieniren sich nämlich die Dermoïde mit einem vielkammerigen Pseudomucinkystom », ne trouve pas de confirmation dans nos observations. Nous pouvons, par contre, signaler que nous avons eu des kystes dermoïdes combinés trois fois avec un fibrome de l'utérus, 6 fois avec un kyste de

l'autre ovaire (la nature du kyste n'était pas déterminée), et dans 7 cas l'autre ovaire était en dégénérescence scléro-kystique. Ainsi, c'est cette dernière complication qui accompagne les kystes dermoïdes le plus souvent.

Une dégénérescence maligne du kyste dermoïde ne s'est pas rencontrée une fois. Le traumatisme dans l'anamnèse (chute) est noté 3 fois, ce qui est d'accord avec Carrey (12), qui est du même avis. La mort ne suivit qu'une seule fois l'opération (2 p. 100).

En terminant notre revue, nous devons encore une fois noter que des renseignements plus détaillés sur la faculté génératrice des mères des malades et sur la tendance d'avoir des grossesses gémellaires pourront peut-être permettre de tirer des conclusions, bien qu'indirectes, mais confirmatives des théories contraires à celles de la parthénogenèse.

C'est pourquoi il convient d'introduire dans l'interrogatoire de pareilles questions; or, une autre fois, on aura la possibilité, en s'appuyant sur un grand nombre d'observations, de tirer des conclusions du rapport entre la force génératrice de la mère et certaines manifestations pathologiques des enfants.

Étant entièrement de l'avis de Bonnet, que « bei einem so dunkelm Problem, wiie es die Etiologie der Embryom ist, hat jede mit den thatsächlichen Beobachtungen nicht von vornherein in Wiederspruch stehende Hypothese das Recht auf weitere Prüfung ihres Leistungsfähigkeit und Berechtigung », nous nous sommes permis de publier nos considérations.

(1) AUVARD, *Traité de gynécologie*, 2e éd., 1894.— (2) R. BARNES, *A clinical hystory of the medical and surgical diseases of women*, 1894.— (3) BLAND-SUTTON, *and* AR. GILER. *The diseases of women.* — (4) Docteur OTTO KÜSTNER, *Kurzes Lehrbuch der Gynæcologie.*— (5) NIKIFOROW. *Anatomie pathologique* (en russe), 1899. — (6) ZIEGLER, *Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie.* — (7) A. Fr. FREVES éd., *System of surgery* (1895). — (8) L. ATHILL, *Clinical lectures on diseases peculiar to women.* — (9) W. ATLEE, *General and differential diagnosis on ovarian tumours*, 1873. — (10) SPENCER WELLS, *On ovarian and uterine tumours.* — (11) Professeur BONNET, Zur Ætiologie der Embryome. *Monats. für Geb. und Gyn.* Febr., 1901. — (12) H. W. CARREY, Report of two testicular teratomata. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.* November 1902. — (13) E. QUENU et LONGUET, Des tumeurs des trompes. *Revue de chir.*, Déc. 1901. — (14) P. KRŒMER, Ueber die Histogenese der Dermoidcystome und. Teratome des Eierstokes. *Archiv für Gynec.* (S 7-2). — (15) LABADIE-LAGRAVE, *Traité de gynécologie*, 1898. — (16) H. KELLY, *Operative Gynecology*, 1898. — (17) B. C. HIRST, *Text-book of diseases of women.*— (18) C. REED, *A Text-book of gynecology*, 1902 — (19) C. SCHRŒDER, *Maladies des femmes* (traduction russe). — (20) LAWSON-TAIT, *Traité des maladies des ovaires.* 1886. — (21) DE SIVETY, *Traité pratique de gynécol.* — (22) *Handbuch der Gynæcologie.* herausg. von VEIT, 1898. — (23) E. G. ORTHMANN, Ueber Embryoma tubæ. *Zeitschrift für Gebur. und Gyn., LIII*, B. Heft 3 — (24) Docteur SOLOWIEFF, Contributions à l'origine des kystes dermoïdes de l'ovaire (en russe), *Journal d'obstétr. et de gynécol.* Octobre 1904. — (25) HERBERT-SPENCER, *Biologie*, VI, Ch. VII.

CLINIQUE BAUDELOCQUE. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PINARD

MÉTASTASE UTÉRINE D'UN CANCER DE L'ESTOMAC

APPARUE AU COURS D'UNE GROSSESSE ET AYANT NÉCESSITÉ L'OPÉRATION CÉSARIENNE

Par A. COUVELAIRE.

Les organes qui sont le plus souvent le siège des néoplasmes primitifs sont le plus rarement envahis par la généralisation.

Le fait que je vais rapporter constitue une exception à cette loi, dont j'ai emprunté la formule à Pierre Delbet (1).

Il s'agit en effet d'une métastase utérine, apparue à la fin d'une grossesse, chez une femme atteinte d'un cancer de l'estomac.

Il faut peut-être chercher l'explication de cette exceptionnelle localisation secondaire dans les modifications fonctionnelles que la grossesse intercurrente a déterminées au niveau de l'utérus. C'est une règle en effet que « les organes les plus vasculaires sont le siège le plus fréquent des noyaux de généralisation ». Or, est-il un organe plus vasculaire que l'utérus *devenu* gravide?

Les conséquences obstétricales de cette métastase inattendue ne sont pas moins singulières. Elle fut reconnue 301 *jours après la fin des dernières règles*, alors que le fœtus était sur le point de succomber in utero, avant tout début de travail. Le segment inférieur et le col de l'utérus, qui un mois auparavant ne présentaient aucune modification cliniquement appréciable, étaient transformés en un canal rigide et inextensible, s'opposant à la mise en train tempestive du travail, comme à l'expulsion du fœtus par les voies naturelles. L'indication urgente de l'opération césarienne fut posée par M. Pinard. L'exécution en fut confiée par lui à

(1) *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, art. : Néoplasme, t. I, p. 413.

M. Wallich est à moi. Nous prîmes le bistouri quelques heures trop tard : l'enfant avait déjà expulsé dans l'œuf tout son méconium ; il ne pût être ranimé.

Moins de deux mois après la section césarienne, la mère mourait cachectique, avec de nouvelles métastases au niveau du gros intestin. L'évolution clinique du néoplasme gastrique avec ses métastases utérine, vaginale et colique avait été de treize mois. Cette durée est, en somme, la durée moyenne de l'évolution des cancers gastriques en dehors de la puerpéralité. Si la grossesse paraît avoir joué un rôle dans la localisation des colonisations secondaires du néoplasme, il ne semble pas qu'elle ait eu, dans le cas particulier, une influence marquée sur son allure générale et sa malignité.

L'autopsie m'a permis de vérifier anatomiquement le diagnostic clinique. L'étude histologique du col utérin et du côlon démontre, en effet, l'existence de colonies néoplasiques issues d'un *épithélioma tubulé partiellement colloïde* de l'estomac. Cette étude a été soumise au contrôle du professeur Cornil, que je tiens à remercier de son inépuisable bienveillance.

I. — Partie clinique.

Le 11 octobre 1901, entrait à la Clinique Baudelocque une femme de 35 ans, primipare, adressée par un médecin avec le diagnostic suivant : « Grossesse de 2 mois et demi environ. Vomissements incoercibles. »

Cette femme, dont les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier, réglée à 12 ans et toujours bien jusqu'au 15 juillet 1901, était en effet enceinte. *L'utérus gravide normal, en toutes ses parties*, remontait par son fond à 8 centimètres au-dessus du pubis.

Quant aux vomissements, devenus « incoercibles », ils ne relevaient pas seulement de l'état de grossesse, mais de l'existence méconnue d'un *néoplasme de l'estomac*, que diagnostiqua M. Pinard dès son entrée dans le service.

Le palper faisait reconnaître dans la région épigastrique une tumeur dure, à contours mal définis, non douloureuse, donnant la sensation d'une plaque indurée, s'étendant en nappe vers la grande courbure de l'estomac, sur une étendue d'une petite paume de main.

L'apparition des troubles fonctionnels gastriques était d'ailleurs antérieure à la grossesse. Dès les premiers jours de juin 1901, avaient débuté des vomissements alimentaires et bilieux, mis sur le compte d'une banale dyspepsie. Leur persistance força cette femme à consulter, au cours d'un voyage en Allemagne, un médecin de Wiesbaden, qui lui fit faire, sans succès d'ailleurs, des lavages de l'estomac. Les règles d'août et de septembre manquèrent. Les vomissements devinrent plus fréquents, et à la fin de septembre l'intolérance

gastrique était absolue, cependant que l'état général devenait mauvais De retour à Paris, elle se confie à un médecin qui rattache à une grossesse commençante les vomissements « incoercibles », renonce à l'alimenter par la voie stomacale, lui fait prendre des lavements alimentaires, puis, de guerre lasse, l'envoie à la clinique Baudelocque.

Diagnostic fait, M. Pinard la mit au repos absolu, ne lui permit aucune autre nourriture que du lait et de l'eau à doses fractionnées, en recommandant de veiller à l'évacuation régulière de l'intestin.

Au bout de quelques jours l'intolérance gastrique s'atténua, et le 30 octobre cette femme quittait le service, s'alimentant régulièrement (lait, potages et œufs), n'ayant plus que de rares vomissements alimentaires.

L'utérus gravide en voie de développement régulier était toujours normal.

Pendant les mois de novembre, décembre, janvier et février, la grossesse évolue sans incident nouveau. L'état général reste relativement satisfaisant, mais les troubles gastriques persistent : vomissements alimentaires et bilieux, anorexie. Il n'y a aucun phénomène douloureux.

En mars apparaît un léger œdème des membres inférieurs, prédominant à gauche, non douloureux.

Le 5 avril elle entre à nouveau à la clinique Baudelocque. Le fond de l'utérus remonte à 30 centimètres au-dessus du pubis. L'enfant vivant se présente par le sommet fixé au détroit supérieur, mais non engagé. *Le toucher vaginal* pratiqué à cette époque par moi-même *ne révéla rien d'anormal*, ni au niveau du col utérin, ni au niveau des culs-de-sac vaginaux, ni au niveau du segment inférieur. Le néoplasme gastrique ne paraissait pas avoir augmenté de volume. Il n'y avait pas d'albumine dans les urines.

A la fin d'avril l'état de cette femme s'aggrave rapidement et progressivement. De nouveaux symptômes se montrent. C'est d'abord de la *diarrhée* (cinq à six selles par jour, non sanglantes, alternant avec des périodes de constipation. Puis une *ascite*, constatée pour la première fois le 28 avril ; le niveau du liquide, qui ce jour-là correspondait à la mi-hauteur de la distance ombilico-pubienne, atteignait le 8 mai le fond de l'utérus, qui tout entier ballottait dans l'ascite. L'*œdème* des membres inférieurs augmente et envahit la *paroi abdominale*, dans les régions iliaque et hypogastrique. La respiration devient difficile. L'état général est mauvais. Pâle, amaigrie, les membres supérieurs et le thorax contrastant par leur maigreur avec le volume du ventre et l'enflure des membres inférieurs, cette malheureuse femme se cachectise rapidement.

Quelques *douleurs vagues dans le bas-ventre* attiraient son attention depuis quelques jours, quand, le 17 mai, soit 301 *jours après la fin de ses dernières règles*, M. Pinard, aussi préoccupé que son entourage, la réexamina complètement. Pratiquant le toucher vaginal, il constate, non sans surprise, et me fait constater que les *culs-de-sac vaginaux*, *le col et le segment inférieur*

de l'utérus sont infiltrés et indurés. Le col, qui le 5 avril était encore souple et mou, présente une *dureté cartilagineuse*. Il est long, fermé, augmenté de volume, bosselé, mais non ulcéré. Cette induration de consistance cartilagineuse s'étend au segment inférieur, dans toute sa portion accessible au doigt, et à la partie supérieure du vagin, dont les parois bosselées et indurées limitent un étroit défilé que le doigt traverse à frottement pour arriver jusqu'au col.

En présence de ces modifications, qui cliniquement paraissent témoigner de l'envahissement néoplasique secondaire du segment inférieur et du col, modifications susceptibles par elles-mêmes, non seulement de mettre obstacle à l'accouchement, mais de s'opposer à la mise en train tempestive du travail, — la fin des dernières règles date de 301 jours — M. Pinard décide de pratiquer l'opération césarienne pour extraire au plus tôt l'enfant encore vivant.

Le 18 mai à 9 heures et demie du matin, la femme *n'étant toujours pas en travail*, mon maître V. Wallich et moi pratiquons, sous chloroforme, l'opération césarienne, suivie de l'amputation utéro-ovarique à pédicule externe.

L'incision de la paroi abdominale donna issue à une certaine quantité de liquide ascitique citrin, qui après évacuation de l'utérus s'écoula librement en abondance (environ 3 litres).

L'enfant, une fille de 2.950 grammes, fut extraite en état de mort apparente et confiée à la sage-femme en chef, Mlle Roze. Le liquide amniotique était vert purée, le cordon ombilical et les membranes fortement imprégnées de méconium.

L'amputation utéro-ovarique fut pratiquée très haut, en raison de l'infiltration et de la friabilité du segment inférieur et des ligaments larges. La section passa en tissus sains, à moins de 5 centimètres des insertions tubaires. La calotte utérine amputée ne pesait que 550 grammes.

Au cours de la toilette péritonéale, je pus, non seulement constater l'intégrité de l'intestin grêle et du côlon transverse, mais tenir entre mes doigts le néoplasme gastrique.

Les suites de l'intervention furent fébriles. Jusqu'au 23e jour la température oscilla autour de 38°. La réunion de la paroi se fit *per primam*. Le pédicule tomba le 13e jour. Le 9 juillet, 51 jours après l'opération, la malade mourait cachectique.

L'enfant eut seulement quelques mouvements respiratoires spasmodiques, très espacés. Les battements cardiaques cessèrent complètement, 1 heure et demie après sa naissance. Les voies respiratoires, encombrées de glaires teintées de méconium, avaient été désobstruées avec le tube de Ribemont-Dessaignes. L'insufflation, puis les tractions rythmées de la langue ont été pratiquées en vain par Mlle Roze et par mon collègue Delestre.

L'autopsie pratiquée 4 heures après la mort m'a montré une véritable injection méconiale de tout l'arbre bronchique. La coupe du parenchyme pulmonaire

laissait suinter un mélange d'air et de méconium. A part quelques ecchymoses sous-péricardiques, tous les autres organes étaient macroscopiquement sains.

La mort de cet enfant semble donc due à l'obstruction des fines ramifications bronchiques, à la suite d'inspirations prématurées dans l'œuf intact.

II. — Partie anatomo-pathologique.

L'autopsie m'a permis de constater :

1° Une péritonite adhésive généralisée avec multiples loges remplies de *liquide citrin* ;

2° Des lésions néoplasiques au niveau de l'estomac, du gros intestin, du moignon utérin (segment inférieur, col) et du vagin.

L'estomac est transformé en un canal rétréci, à parois uniformément épaisses de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. L'infiltration, généralisée à la totalité de l'estomac, est de consistance ligneuse. La paroi est lardacée à la coupe. Cette nappe diffuse ne s'étend ni au duodénum, ni à l'œsophage. La surface externe de l'estomac était adhérente à tous les organes voisins. La muqueuse blanchâtre, légèrement rugueuse, faiblement vascularisée, ne présente à l'œil nu aucune ulcération.

Le *gros intestin* est en trois points transformé en canal rétréci, à parois lardacées, épaisses de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, présentant les mêmes caractères que celles de l'estomac. Ces trois points sont : l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse, le côlon descendant, le côlon pelvien. Entre ces portions rétrécies et infiltrées, le cæcum, le côlon transverse, le côlon iliaque et le rectum sont normaux. La muqueuse n'est ulcérée en aucun point.

La muqueuse du *vagin* et du *col utérin* n'est pas ulcérée. Le cratère sus-pubien, qu'avait laissé la chute du pédicule utérin, communiquait encore avec le vagin par le canal utérin, resté perméable dans toute son étendue. L'ensemble du vagin et du pédicule utérin a été enlevé en bloc avec la vessie et le rectum, pour être débité en coupes d'ensemble, sur lesquelles est apparue l'infiltration néoplasique sous-muqueuse du col utérin et du vagin.

3° L'intégrité, au point de vue néoplasique, des autres organes : poumons, cœur, foie, rate, reins, pancréas, intestin grêle.

Les coupes histologiques, faites après fixation et durcissement dans le formol à 10 p. 100 et inclusion dans la celloïdine, ont porté :

a) Sur la partie de l'estomac avoisinant le pylore ;

b) Sur l'angle du côlon transverse et du côlon ascendant ;

c) Sur l'ensemble du museau de tanche, du vagin, de la vessie, du rectum et de la base du ligament large.

a) *Au niveau de l'estomac.* — A un faible grossissement et même à l'œil nu, il apparaît que l'hypertrophie de la paroi stomacale est due principalement à l'épaississement de la muqueuse et de la sous-muqueuse (fig. 1).

L'épaisseur de la muqueuse oscille entre 3 et 5 millimètres. En certains points les glandes ont complètement disparu. Lorsqu'elles persistent, elles sont souvent ectasiées. Le stroma muqueux est infiltré d'éléments néoplasiques qui se présentent sous des aspects divers. C'est de l'épithéliome

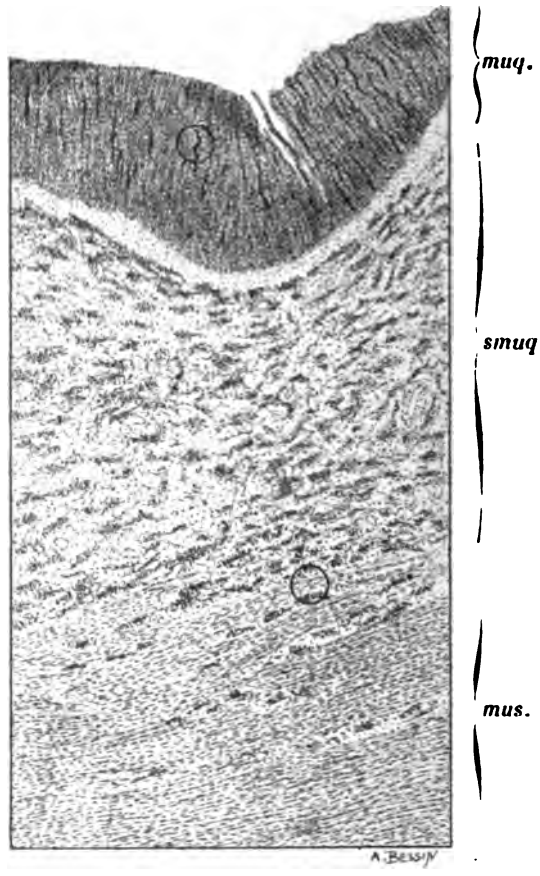


FIG. 1. — Coupe histologique d'ensemble au niveau de l'estomac (région pylorique). Grossissement de 9 diamètres.

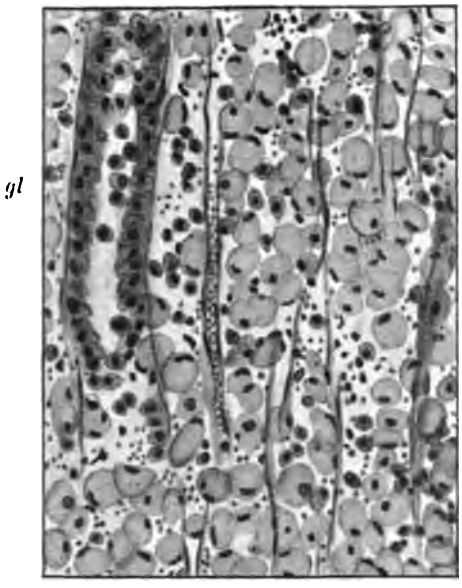
La coupe comprend la muqueuse *muq*, la sous-muqueuse *smuq* et la musculeuse *mus*. La muqueuse épaissie a, en ce point, gardé son individualité et conservé ses glandes. La sous-muqueuse très épaissie est infiltrée de boyaux épithéliaux. Ces boyaux sont plus discrètement distribués entre les faisceaux de la musculeuse.

diffus, à cellules polymorphes : cellules épithéliales polyédriques, cellules vésiculeuses à contenu presque transparent, à noyau discoïde refoulé contre une fine membrane d'enveloppe (fig. 2). Cette *dégénérescence colloïde*, très marquée en certains points, n'est cependant pas assez régulièrement, ni assez largement distribuée pour faire tache sur la coupe examinée à un faible grossissement.

La sous-muqueuse épaissie (5 millimètres d'épaisseur) est infiltrée de

nombreux boyaux épithéliaux dissociant les fibres conjonctives. Très exceptionnellement ces boyaux présentent des éléments devenus vésiculeux par dégénérescence colloïde.

La musculeuse, dont l'épaisseur moyenne est de 3 mil. est relativement moins envahie ; l'infiltration néoplasique des espaces conjonctifs est plus discrète.



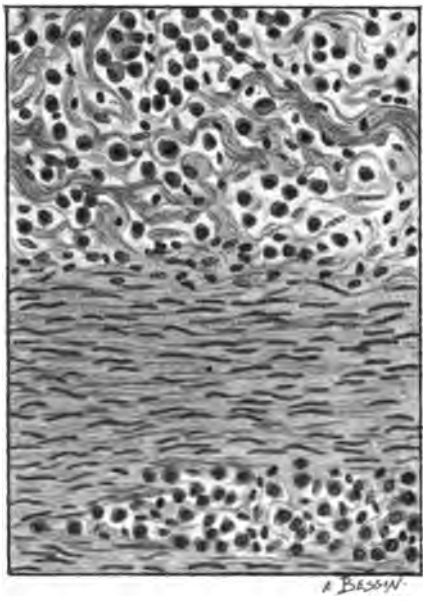


Fig. 2 Fig. 3

Fig. 2. — Coupe histologique de la muqueuse (cercle supérieur de la fig. 1) au voisinage d'un cul-de-sac glandulaire (gl.) Grossissement de 200 diamètres.

Le stroma conjonctif est infiltré de cellules épithéliomateuses, dont la plupart sont en état de dégénérescence *colloïde*, cellules vésiculeuses dont le noyau discoïde est refoulé contre la fine membrane d'enveloppe.

Fig. 3. — Coupe histologique à la limite de la sous-muqueuse, *smuq*, et de la musculeuse, *mus* (cercle inférieur de la fig. 1). Grossissement de 200 diamètres.

Les fibres conjonctives de la sous-muqueuse sont dissociées par des cellules épithéliomateuses, dont quelques-unes tendent à devenir vésiculeuses. En *b*, boyau épithélial entre deux faisceaux musculaires.

La sous-séreuse épaissie est, au contraire, notablement plus infiltrée.

b) *Au niveau du côlon.* — L'aspect, la topographie des lésions est absolument la même qu'au niveau de l'estomac. La dégénérescence colloïde est seulement plus discrète.

c) *Au niveau du col utérin et du vagin.* — La topographie de l'envahissement épithéliomateux apparaît nettement sur la coupe dont une partie est représentée fig. 4. La coupe passe perpendiculairement à l'axe du vagin par l'insertion vaginale de la lèvre postérieure du col.

Les parois rectale et vésicale sont saines.

Au niveau du col utérin, on distingue, même à l'œil nu, de grandes taches claires, à contours plus ou moins régulièrement polycycliques, atteignant 2 millimètres de diamètre, faisant saillie sous la muqueuse cervicale et donnant l'impression, fausse d'ailleurs, d'œufs de Naboth. A un faible grossissement (fig. 4) apparaissent : 1° de très nombreuses taches claires analogues, mais plus petites, tachetant le stroma du col ; 2° une infinité de boyaux épithéliaux qui infiltrent, non seulement le col, mais toute la paroi vaginale.

La muqueuse cervicale et vaginale est intacte.

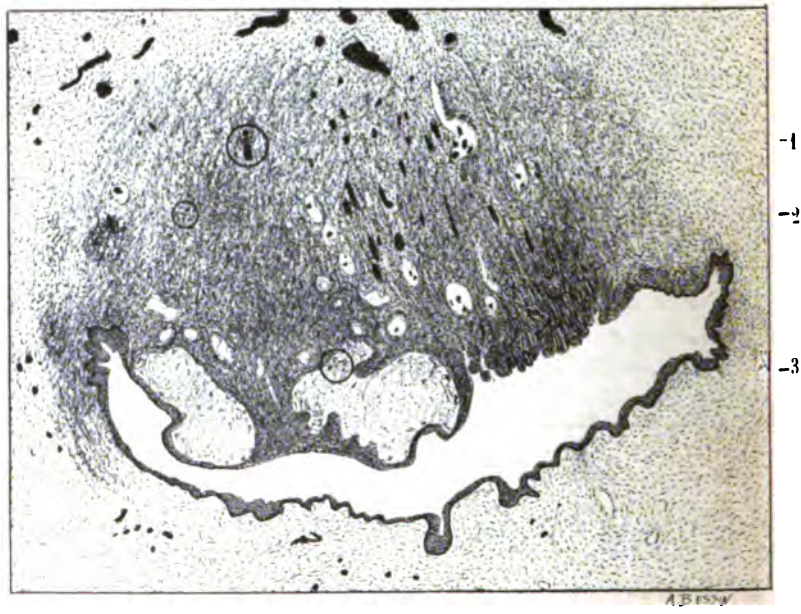


Fig. 4. — Coupe histologique d'ensemble comprenant : la cavité vaginale, la paroi vaginale antérieure et la lèvre postérieure du col. Grossissement de 9 diamètres.

Les taches foncées représentent les boyaux épithéliaux pleins, qui, sous la muqueuse intacte, infiltrent la paroi vaginale et le tissu cervical. Les taches claires représentent des espaces conjonctifs imbibés d'œdème muqueux, au sein desquels gisent des amas de cellules épithéliomateuses.

Les boyaux épithéliaux sont constitués par de l'épithélioma tubulé banal ayant les mêmes caractères que celui qui infiltre la sous-muqueuse stomacale et intestinale.

Les taches claires représentent des espaces irréguliers, creusés dans le parenchyme cervical et constitués par une infiltration muqueuse, non colorée par les réactifs, dissociant fibres, fibrilles et cellules conjonctives.

Soit sur la paroi de ces espaces, soit dans leur centre même, gisent des groupes de cellules épithéliomateuses : les unes sont de type banal; les autres

sont plus volumineuses, plus pâles, à noyau moins vivement coloré, mais ne

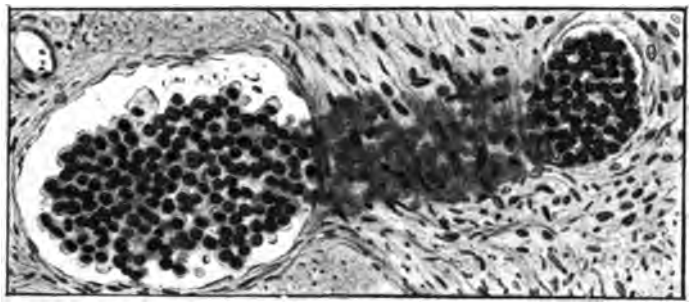


FIG. 5. — Coupe histologique dans le stroma du museau de tanche (cercle 1 de la fig. 4). Grossissement de 200 diamètres.
Boyau épithéliomateux dans une cavité vasculaire, probablement lymphatique.

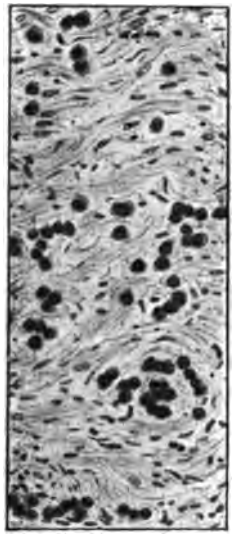


FIG. 6

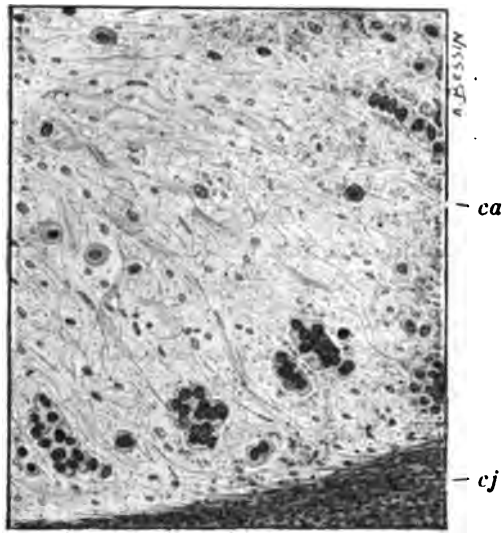


FIG. 7

FIG. 6. — Coupe histologique dans le stroma du museau de tanche (cercle 2 de la fig. 4). Grossissement de 200 diamètres.
Infiltration épithéliomateuse diffuse.

FIG. 7. — Coupe histologique sur le bord d'un des espaces clairs du museau de tanche (cercle 3 de la fig. 4). Grossissement de 200 diamètres.
cj, tissu conjonctif dense du col ; *ca*, espace conjonctif dont les éléments sont dissociés par une infiltration muqueuse, avec quelques rares cellules épithéliomateuses plus claires, mais non de type colloïde, et des groupes épars de cellules épithéliomateuses banales.

présentent pas les caractères typiques de la dégénérescence colloïde, observé au niveau de l'estomac et du côlon.

PYLORECTOMIE POUR CANCER DE L'ESTOMAC

TROIS ANS ET DEMI PLUS TARD, HYSTÉRO-OVARIECTOMIE POUR KYSTES BILATÉRAUX DES OVAIRES ET FIBROMES UTÉRINS. GUÉRISON.

Par **HENRI HARTMANN.**

Il n'arrive pas fréquemment que le même chirurgien ait, à plusieurs années de distance, l'occasion d'extirper successivement à la même malade un cancer de l'estomac et des productions kystiques bilatérales des ovaires. Aussi nous a-t-il semblé intéressant de publier l'observation suivante :

Mme X, 38 ans, nous est adressée, en juillet 1901, par notre collègue et ami le docteur Soupault. Cette malade souffre de l'estomac depuis 1892. Les troubles gastriques ont succédé à des attaques d'asthme qui ont disparu au moment de leur apparition. Il n'existe cependant pas de stigmates hystériques, bien que la malade, très nerveuse, se plaigne de névralgies fréquentes, de sensation de casque, etc.

Pendant quelques années elle présente des signes de dyspepsie hypersthénique avec gastrosucorrée, hyperchlorhydrie digestive et atonie gastrique sans stase. A jeun il y avait des sortes de crampes. L'ingestion d'aliments était suivie d'une sensation de bien-être ; les douleurs reparaissaient trois ou quatre heures après le repas, cédaient momentanément à l'ingestion d une petite quantité de lait, puis reparaissaient.

Le cathétérisme à jeun, pratiqué en 1897 par le docteur Soupault, ramène 50 centimètres cubes de liquide verdâtre, muqueux, filant, sans résidu alimentaire.

Acidité totale.	1,05
Gunzbourg	très fort
Vert brillant	virage net
Peptones	très faible
Eau iodée.	reste brune

Un repas d'épreuve (60 gr. de pain, 250 cmc. d'eau) est extrait au bout d'une heure. La digestion est avancée, le liquide s'écoule facilement par la sonde, il filtre assez rapidement, jaune bulle, transparent.

Gunzbourg	très énergique
Vert brillant	vert jaune
Peptones	plus énergique
Eau iodée	violet
Acide lactique	0
Acidité totale	2,35 p. 1000
Chlorures T.	3,64 $\frac{T}{F} = 2,20$
F.	1,55

$$H + C = 209 \begin{cases} H = 0,79 \\ C = 1,31 \end{cases}$$

Un traitement consistant dans l'administration d'alcalins et de bismuth améliore l'état.

Mais en 1900, des phénomènes douloureux apparaissent de nouveau. Il existe un état gastrique douloureux presque continuel; l'estomac devient très sensible à la pression; la malade souffre beaucoup de l'estomac et du dos. Elle ne peut se soulager qu'en buvant, toutes les demi-heures, une tasse de lait. De temps en temps, après une crise douloureuse plus forte, se produit un vomissement qui amène un soulagement momentané.

Lorsque le docteur Soupault revoit la malade en juin 1901, il constate que l'estomac n'est pas dilaté, mais un peu bombé et très douloureux à la pression. Il est vide à jeun. Amaigrissement considérable. Pâleur extrême. Insuccès complet de la thérapeutique médicale.

Pensant à un cancer greffé sur un ulcère, le docteur Soupault nous adresse la malade.

Le 16 juillet 1901, avec l'aide de notre collègue le docteur Cunéo et de notre interne Prat, après anesthésie par le docteur Bourbon, nous pratiquons la *pylorectomie*. Après incision sus-ombilicale, nous amenons l'estomac dans la plaie; il n'est pas dilaté bien que nous n'ayons pas pratiqué de lavage préopératoire; il est assez vasculaire et l'on voit à sa surface des veines bleuâtres; dilatées, ce qui tient peut-être à ce que la respiration se fait mal et qu'il existe un peu de cyanose depuis le début de l'anesthésie. Au niveau de la région pylorique on voit une surface blanche, d'apparence cicatricielle, au-dessous de laquelle on sent une tumeur manifeste. Le long des deux courbures se trouvent de nombreux ganglions. Ayant constaté, après effondrement de l'épiploon gastro-hépatique, qu'il n'existe pas d'adhérences postérieures, nous pratiquons la pylorectomie suivant notre procédé habituel: ligature de la coronaire stomachique près du cardia, de la gastro-épiploïque vers la partie moyenne de la grande courbure, pincement de l'estomac, section oblique enlevant presque toute la petite courbure; fermeture de la section gastrique par un double rang de sutures, l'un perforant total, l'autre non perforant enfouissant le premier; ligature de l'artère gastro-duodénale, section du duodénum; implantation de la section duodénale dans un trou fait à la face postérieure de l'estomac.

Réunion sans drainage.

Guérison. L'appétit revient, la malade mange de tout ; le poids remonte de 47 kgr. 500 à 51 kgr. 500, poids le 12 octobre 1901, époque où elle repart en Annam.

Examen de la pièce enlevée par le docteur Cunéo. — Le fragment réséqué comprend le pylore, le vestibule pylorique et la partie initiale du duodénum.

La surface extérieure de l'estomac est congestionnée. La petite courbure est indurée, elle est toute entière occupée par une masse dure qui attire à elle le petit épiploon. A ce niveau, la séreuse présente des plaques dures de coloration blanchâtre. Au niveau de la grande courbure on aperçoit des tractus blanc nacré, se détachant de l'estomac et s'enfonçant dans le ligament gastro-colique en accompagnant les vaisseaux.

L'estomac est ouvert sur le milieu de sa face postérieure par une incision parallèle aux courbures. On aperçoit alors, au milieu du vestibule pylorique, une ulcération occupant le bord supérieur de la cavité de l'estomac. Cette ulcération, assez régulièrement arrondie, a les dimensions d'une pièce de 5 francs. Le fond est régulier, finement granuleux. L'ulcération est entourée par un bourrelet induré, arrondi en certains points, taillé à pic en certains autres. Autour de ce bourrelet, existe une zone d'infiltration très limitée qui envoie deux prolongements l'un du côté de la petite courbure, l'autre vers le pylore. Au niveau de la zone infiltrée, la muqueuse a perdu ses plis normaux, elle adhère au plan profond et a une consistance ferme.

L'estomac est très rétracté. La cavité gastrique est très rétrécie. Le rétrécissement atteint son maximum à 2 centimètres environ du pylore.

Lorsqu'on examine la tranche de section, on voit, au niveau de l'ulcération, la muqueuse et la sous-muqueuse fusionnées en un bloc blanchâtre qui envoie de fines traînées dans la musculaire. Plus loin, la muqueuse reprend ses caractères normaux, mais la sous-muqueuse reste infiltrée.

Examen histologique. — L'examen a porté à la fois sur la tumeur et sur les ganglions.

Tumeur. — Fixation au Flemming. Coloration à la safranine. La coupe, peu étendue, ne comprend que la muqueuse et la sous-muqueuse.

A l'une des extrémités de la coupe, la muqueuse est saine. On note simplement une légère hypertrophie du tissu conjonctif inter-glandulaire. Plus loin, la muqueuse est brusquement remplacée par le tissu néoplasique. Celui-ci est constitué par des cellules polymorphes à gros noyaux contenant plusieurs nucléoles. Ces cellules sont pressées les unes contre les autres et séparées seulement, en certains points, par de rares fibrilles et quelques cellules de tissu conjonctif. Elles ne présentent pas d'ordination pseudo-glandulaire.

La muscularis mucosæ est morcelée, et le néoplasme envahit la sous-muqueuse, qui est considérablement épaissie. Mais les éléments néoplasiques deviennent ici plus rares et sont perdus dans un stroma conjonctif très abon-

dant. Plus profondément, ce stroma prend les caractères du tissu fibreux, et les éléments néoplasiques semblent avoir entièrement disparu. La sous-muqueuse contient un grand nombre d'amas lymphoïdes dont les centres germinatifs semblent en hyperactivité fonctionnelle.

Ganglions. — Deux ganglions ont été examinés : l'un est normal, l'autre contient des éléments épithéliaux en un point très limité du sinus sous-capsulaire.

En Annam, Mme X... a d'abord été assez bien. À part quelques accès de fièvre intermittente, elle jouissait d'une bonne santé, lorsqu'au commencement de 1903 elle commença à éprouver des douleurs dans le ventre, une sensation de pesanteur et constata qu'elle grossissait. Le docteur Degorce, consulté à Hanoï, fit en juin 1903 une ponction et évacua 2 litres de liquide. A la suite de cette ponction, les troubles disparurent jusqu'au début de 1904, époque où survinrent de nouveau des troubles digestifs en même temps qu'un développement lent et progressif de l'abdomen.

Lorsque nous voyons la malade le 5 septembre 1904, nous constatons que toute la partie inférieure du ventre est soulevée par une tumeur arrondie régulièrement, sans bosselures en aucun point. Cette tumeur est lisse, dépressible, très fluctuante. Le flot se transmet facilement et intégralement d'un côté à l'autre du ventre. La tumeur est mate, sauf à sa périphérie, particulièrement à sa partie supérieure droite, où des anses d'intestin viennent s'interposer entre elle et la paroi.

Au toucher le col est en place, le corps en anteflexion, les culs-de-sac conservés. En arrière le doigt sent une impulsion lorsqu'on déprime la tumeur abdominale. Il semble que l'on ait la même sensation sur les parties latérales du col ; le développement est un peu plus grand à droite qu'à gauche. La mobilité de l'utérus est un peu diminuée. Ces diverses explorations sont peu douloureuses ; elles déterminent cependant une légère sensibilité en haut et à gauche en particulier. Il existe un amaigrissement notable.

Le 26 novembre 1904, après anesthésie par le docteur Bourbon et avec l'aide de nos internes, Lecène et da Silva, nous pratiquons une *double ovariectomie avec hystérectomie subtotale* pour de petits fibromes utérins avec kystes bilatéraux des ovaires.

Après incision sous-ombilicale apparaît une tumeur convexe, régulière, grisâtre, d'où nous retirons par ponction deux litres et demi de liquide. Le kyste, développé aux dépens des annexes gauches, présente quelques adhérences à l'épiploon et au rectum ; il est fusionné avec la face postérieure du ligament large, dont le feuillet postérieur est en grande partie enlevé pendant le décollement du kyste.

A droite nous trouvons un petit kyste ovarique multiloculaire, adhérant de même à la face postérieure du ligament large, nous le décollons et le relevons.

L'utérus contient plusieurs petits fibromes. Il est enlevé avec les annexes. Ligature des utéro-ovariennes, des ligaments ronds, de l'utérine droite, section du col, ligature de l'utérine gauche après bascule de l'utérus.

Le moignon du col restant est évidé au bistouri, puis suturé ; le péritoine du petit bassin est reconstitué par une suture en surjet.

Drain. Réunion de la paroi abdominale à trois étages.

La guérison se fait sans incident. Nous revoyons la malade le 4 mai 1905, elle va bien ; son poids qui était, à la sortie de la maison de santé, de 42 kilogrammes, est actuellement de 44 kgr. 500.

Examen de la pièce enlevée. — A gauche le grand kyste ovarique a une paroi lisse, la trompe est étalée à sa surface hydropique, sans communication avec la cavité kystique. A droite il existe de même une hydrosalpyngite ; l'ovaire a le volume d'une pomme d'apis, il est polykystique avec une loge plus grande à contenu séro-sanguinolent et plusieurs autres plus petites. L'utérus contient dans l'épaisseur de sa paroi plusieurs petits fibromes.

L'examen histologique, fait par M. Lecène, a porté :

1° Sur un fragment de la paroi du grand kyste uniloculaire du côté gauche ;

2° Sur un fragment de la petite tumeur polykystique du côté gauche qui surmontait le kyste uniloculaire.

1° La paroi du kyste uniloculaire est formée par un tissu conjonctif dense, peu vasculaire, recouvert sur sa face interne par un épithélium cubique très aplati, formé d'un seul rang de cellules à noyaux bien colorés.

2° La petite tumeur polykystique est composée d'une grande quantité de petites cavités kystiques : leur paroi est formée de tissu conjonctif jeune, à cellules étoilées et parcouru par des vaisseaux abondants. A l'intérieur de ces cavités kystiques on trouve un revêtement épithélial continu formé en certains points d'épithélium cylindrique ou cubique très bas, en d'autres, d'épithélium cylindrique cilié des plus nets : les cils ont une longueur égale à la moitié du corps cellulaire. En aucun point de la paroi de tous ces kystes on ne trouve de cellules épithéliales caliciformes ou en sécrétion muqueuse, ce qui explique bien la limpidité et l'absence complète de viscosité du liquide retiré par la ponction du grand kyste.

L'analyse du liquide du kyste, faite par M. Giraudeau, interne en pharmacie, a donné les résultats suivants :

Volume retiré, 3 litres environ.

Couleur, incolore.

Aspect, non limpide, opalescent.

Consistance, absolument fluide, non filant.

Odeur, nulle.

Dépôt, nul.

Réaction, neutre au tournesol et autres réactifs colorés.

Densité, 1009.

Résidu fixe (au b. m.), 12 gr. 20 par litre.

Matières organiques, 6,7.

Matières minérales, 5,5.
Eau, 996, 8.
Urée, néant.
Chlorures, 4,70.
Albumine totale, 430.
— mucine, traces.
— globuline, traces.
— peptone, néant.
— sérine, forme la presque totalité des albumines.
Glucose, néant.
Pus, néant.
Phosphate, néant.
Cholestérine (murexide positive), traces.

Comme on peut le voir par l'examen histologique de la tumeur de l'estomac et des tumeurs ovariennes, il ne s'agit pas là d'une généralisation de la tumeur gastrique primitive; nous nous trouvons en présence de tumeurs de natures différentes. C'est simplement un bel exemple de pluralité successive de néoplasmes divers chez une même malade.

ULCÈRE DE L'ESTOMAC ET GROSSESSE

Par A. LE PLAY, interne des hôpitaux.

Les modifications engendrées dans l'organisme par la grossesse sont de divers ordres ; cette complexité s'explique facilement par le ralentissement indéniable de la nutrition, en rapport avec les modifications chimiques, humorales, la déminéralisation, l'hyperglycémie, la dégénérescence graisseuse, les lésions viscérales, qui accompagnent souvent l'état gravide. On peut dire que dans la grossesse tous les appareils de l'économie sont en état d'équilibre instable ; mais, parmi eux, le rein et le tube digestif sont le plus souvent lésés. Les troubles gastro-intestinaux sont aussi fréquents que les troubles rénaux, à en juger par la statistique que nous avons pu dresser dans le service de l'infirmerie de la Maternité. Cette fréquence des troubles fonctionnels du tube digestif, et en particulier de l'estomac, s'explique par une action mécanique, mais elle est aussi sous la dépendance de causes plus générales : la tendance, dans la grossesse, aux dyscrasies acides, comme le montre l'examen chimique des liquides de l'organisme (Charrin, Bar) (1).

La clinique met bien en évidence cette prédisposition aux gastrites subaiguës, aux troubles dyspeptiques, surtout à la dyspepsie acide, si fréquente chez les femmes enceintes et ordinairement accompagnée de vomissements souvent difficiles à enrayer. Cependant, malgré la fréquence de ces désordres, malgré le rôle sécrétoire spécial et la fragilité de la muqueuse, dont la plus petite érosion faciliterait l'action des acides et en particulier de l'acide chlorhydrique, les observations d'ulcère de l'estomac au cours de la grossesse sont rares.

L'observation suivante est intéressante à cause du terrain sur lequel a évolué l'ulcère, la localisation des lésions, leur grande étendue et la difficulté du diagnostic précoce.

Le 4 janvier 1904 entrait à la Maternité, dans le service de l'infirmerie, la

(1) Bar et Daunay, Diminution de l'alcalinité du sang chez les femmes enceintes. *Soc. de Biologie*, 27 janvier 1904.

nommée F., Marie, couturière, âgée de 27 ans. Elle était enceinte de 6 mois et demi ; depuis 3 mois elle souffrait de vomissements incoercibles, par intermittence ; ne pouvant garder aucun aliment, elle était arrivée à un degré de maigreur, de faiblesse et d'anémie assez marqué.

L'examen de la malade révèle des signes d'infiltration bacillaire étendus aux fosses sus et sous-épineuses des deux côtés, ainsi qu'à la partie antérieure du sommet des deux poumons. Il n'y a rien au cœur, ni du côté des vaisseaux ; on ne remarque aucun trouble de la circulation.

Le pouls bien frappé présente 75 pulsations à la minute. L'exploration des régions gastrique et épigastrique est douloureuse ; l'estomac, dilaté, clapote à la pression légère exercée d'une façon intermittente. Il descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Il n'y a pas de zone plus ou moins diffuse de périgastrite, la paroi est souple. On observe un peu de tympanisme gastrique et la malade se plaint d'éructations acides, intermittentes, surtout après l'ingestion du lait. On ne remarque pas de douleur transfixiante, en broche ; le point xiphoïdien fait défaut ; au niveau de l'épigastre, la sensation douloureuse est assez vague, elle irradie vers les hypochondres, avec des exacerbations intermittentes ; la prédominance constante du point douloureux dorsal est caractéristique. Les troubles fonctionnels, les premiers jours, sont caractérisés par des vomissements peu abondants, très acides, survenant surtout après l'ingestion de liquides, et composés de liquides ingérés plus ou moins transformés et de suc gastrique mélangé à un peu de bile.

Les selles, liquides, sont brunâtres ; leur coloration est attribuée, au début, au sous-nitrate de bismuth, qu'elle prend chaque jour pour combattre la diarrhée dont elle souffre. Les urines sont normales. La température se maintient à 37°. A aucun moment nous n'avons perçu les bruits du cœur du fœtus, que la mère ne sent d'ailleurs plus remuer depuis quelques semaines. Ces divers symptômes attirent notre attention du côté de la maladie de Cruveilhier.

Dès son entrée, la malade est mise au repos le plus absolu ; elle ne prend que du lait froid non bouilli et des cachets alcalins ; de plus, tous les deux jours, on lui donne une injection sous-cutanée de 250 grammes de sérum physiologique. Les vomissements persistent, mais moins abondants ; la malade éprouve une amélioration sensible ; elle augmente de poids ; celui-ci, de 44 kilogrammes à son entrée, monte, le 16 janvier, à 48 kilogrammes. En même temps, les douleurs semblent s'atténuer. C'est alors que, poussée par la faim, confiante dans l'amélioration apparente qu'elle ressentait, la malade, trompant la surveillance dont elle était l'objet, ingère en cachette des aliments solides.

Le 17 janvier au matin, elle est prise devant nous, à la visite, d'une hématémèse considérable ; après une petite quinte de toux, elle rejette un litre et demi environ d'un liquide brun noirâtre, mélangé d'ingesta et de sang digéré, ayant séjourné dans l'estomac. Ce vomissement est suivi d'une courte syncope. Toute médication est désormais inefficace ; le 17 au soir et le 18, elle rend encore la valeur d'un litre et demi environ ; le 19, elle avorte sans hémorragie aucune. Du 20 au 25, les hématémèses alternent avec le mélœna ; le 25 au matin, elle meurt, épuisée, saignée à blanc.

A aucun moment, la malade n'a présenté de symptômes du côté du péritoine, mais la dénutrition, jointe aux hémorragies répétées, a entraîné rapidement une anémie intense rappelant l'anémie pernicieuse progressive.

L'inefficacité de la thérapeutique (ergotinine, glace, sérum) est suffisamment expliquée par l'examen anatomique.

L'autopsie montre une décoloration absolue de tous les viscères, le poumon présentait des signes d'infiltration tuberculeuse étendue aux deux sommets.

Coupe histologique au niveau de l'ulcère.

Muq, muqueuse ; — *sm*, sous-muqueuse ; — *mus*, musculeuse ; — *s*, séreuse.

L'estomac, que nous avons pu prélever quatre heures après la mort, est distendu, atone, rempli d'un liquide brunâtre, mélange d'ingesta et de sang digéré. L'ouverture montre une ulcération considérable siégeant au niveau de la petite courbure et s'étendant de l'orifice pylorique au cardia. Elle mesure 12 centimètres de long sur 9 centimètres de large au niveau du pylore et 4 au niveau du cardia.

En aucun point n'existe de perforation; les vaisseaux, bien apparents, font saillie sur la face interne de la séreuse.

L'ulcération est limitée par les bords festonnés, surélevés, taillés obliquement en bas et en dehors, surplombant le fond ; ainsi la muqueuse et la musculeuse de la partie avoisinante se recourbent un peu en bas et en dedans, au-dessus de la portion ulcérée. La muqueuse de l'estomac dans le reste de l'étendue de ce viscère, paraît saine.

L'examen histologique montre que le fond de l'ulcère ne comprend que la séreuse, au niveau de laquelle on voit des gouttelettes de tissu adipeux et les coupes de vaisseaux et de nerfs.

La muqueuse des bords de l'ulcère est nécrosée, et par places elle est remplacée par du tissu conjonctif ; au niveau des bords, le tissu inter-

stitiel est le siège d'une infiltration embryonnaire, qui diminue à mesure qu'on s'écarte de l'ulcère.

Les cellules épithéliales nécrosées présentent de la dégénérescence granuleuse, qui s'étend également aux cellules des glandes.

La sous-muqueuse, au niveau des bords, apparaît formée de minces trousseaux fibreux, ondulés, peu serrés ; on y rencontre peu de cellules migratrices.

On voit, au niveau de la tunique musculaire avoisinant le fond, un assez grand nombre de cellules embryonnaires.

Enfin les vaisseaux présentent nettement de la sclérose.

Ainsi la localisation des lésions en un point à l'abri de toute stagnation, l'intégrité de la séreuse, seule subsistante à ce niveau, expliquent, malgré leur étendue, l'absence de perforation. L'examen macroscopique ne révélait aucune rupture vasculaire, et, d'ailleurs, à aucun moment, le sang rejeté n'a été rouge; toujours brunâtre, digéré, il semblait produit par un suintement continu au niveau de la région ulcérée.

Tout ce qui compromet la vitalité de la muqueuse expose à l'ulcère; or, l'examen histologique nous a montré la dégénérescence scléreuse des vaisseaux à ce niveau; il faudrait voir, dans cette altération des vaisseaux, la condition préparatoire de l'ulcère, altération compromettant l'intégrité de la muqueuse en entraînant un affaiblissement du pouvoir de résistance de celle-ci contre l'action des acides, et en particulier de l'acide chlorhydrique du suc gastrique. L'estomac n'a plus alors contre ses sucs la protection que la nature lui donne à l'état normal, par son épithélium et son mucus; de plus, le suc gastrique, dont l'action est insuffisante à l'état normal, est rendu plus actif par le fait de la grossesse.

Aussi, et c'est là, croyons-nous, que réside l'intérêt de cette observation, à côté de l'état local troublant la nutrition de la muqueuse, il faut faire place à un facteur d'ordre plus général, favorisant singulièrement les troubles observés : l'état gravide.

LA CYSTOSCOPIE DIRECTE CHEZ LA FEMME

Par le Dr **GEORGES LUYS**. Ancien Assistant du Service des Voies urinaires à l'Hôpital Lariboisière.

I. — Avantages de la cystoscopie à vision directe sur la cystoscopie à prisme.

L'examen direct de la muqueuse vésicale au moyen d'un simple tube endoscopique offre, sur l'examen de la vessie avec le cystoscope à prisme, de multiples avantages (1), qui peuvent être résumés ainsi :

1° La vision est directe. Avec le cystoscope à vision directe, les diverses régions examinées se voient telles qu'elles sont en réalité, avec leur place, leur forme, leur situation normale et ne sont pas déformées. Au contraire, avec le cystoscope à prisme, instrument dans lequel la vision ne se fait qu'à travers un prisme, les objets sont vus renversés, le plus souvent déformés et d'aspect autre qu'ils ne sont en réalité ;

2° La nécessité de remplir la vessie d'eau, pour obtenir avec le cystoscope à prisme une bonne vision, oblige à distendre dans une certaine mesure les parois vésicales, ce qui amène nécessairement un peu d'anémie de la muqueuse. Celle-ci n'est donc pas examinée avec sa vraie coloration réelle.

Au contraire, avec le cystoscope à vision directe, appliqué sur des malades placées dans la position de Trendelenburg, la vessie se distend seulement comme elle veut — elle n'est pas forcée — et sa coloration n'est en rien contrariée ; les teintes de la muqueuse se montrent donc telles qu'elles sont en réalité.

3° Ensuite le cystoscope à vision directe permet d'examiner des vessies enflammées, n'ayant pas une assez grande capacité pour permettre la

---

(1) Voir Pierre Delbet, *Bull. Soc. Chirurgie* du 7 mars 1905, p. 239 et, plus loin, p. 244.

distension de la vessie par une quantité de liquide suffisante pour la cystoscopie à prisme.

Il est, en effet, absolument certain que, lorsqu'une vessie atteinte de cystite intense n'a pas au moins une capacité de 50 grammes, la vision avec le cystoscope à prisme est bien défectueuse, et même à peu près inutile.

4° De même, quand la présence d'une hématurie ou d'une pyurie empêche, en dépit de multiples lavages, d'obtenir un milieu vésical bien transparent, la vision devient, sinon impossible, du moins bien difficile avec le cystoscope à prisme : cet inconvénient n'existe pas avec le cystoscope à vision directe.

5° De plus, le cystoscope à vision directe a l'immense avantage de permettre l'*application directe des topiques médicamenteux* sur des points précis de la muqueuse vésicale malade. Or, il est bien certain qu'un topique pur, appliqué exactement sur un point malade, aura un effet thérapeutique infiniment plus efficace que s'il est employé « à l'aveugle » et en solution, soit qu'on se serve des lavages, soit qu'on ait recours aux instillations.

De plus, autant une cautérisation énergique est d'abord essentiellement efficace et relativement peu douloureuse du moment qu'elle est bien localisée, autant la même cautérisation devient douloureuse lorsqu'employée avec un véhicule, c'est-à-dire diluée et par suite infiniment moins efficace, elle diffuse et s'étend sur de larges surfaces.

Il y a donc un avantage absolument incontestable, d'une part, à pouvoir examiner directement la muqueuse vésicale, sans interposition de liquide dans le champ visuel, d'autre part, à pouvoir appliquer des topiques puissants sur des points bien localisés de la muqueuse vésicale.

6° Enfin, un dernier avantage très marqué est que, dans les cas où, pour connaître l'état de l'uretère, il est indiqué de faire le cathétérisme de ce conduit, cette méthode permet de pratiquer l'exploration, non seulement avec une grande facilité, mais encore et surtout avec une grande sécurité. En effet, le cathéter urétéral passe de cette façon directement de l'extérieur dans l'orifice urétéral et ne risque pas de porter dans l'uretère et le bassinet les germes infectieux qu'il aurait pu récolter dans un milieu vésical infecté.

II. — Difficultés de la cystoscopie à vision directe.

Le mode d'examen direct de la vessie avec un simple tube endoscopique est, du reste, très répandu en Amérique, où le Pr Kelly, de Baltimore, l'a mis en honneur ; et s'il n'a guère été encore pratiqué couramment en France, c'est, croyons-nous, à cause des difficultés dont était hérissée, jusqu'ici, la technique opératoire.

Ces difficultés peuvent être rangées en deux groupes :

A. Difficultés inhérentes à la malade ;

B. Difficultés de l'instrumentation.

A. *Du côté de la malade* :

1° C'est d'abord l'*étroitesse de l'urètre*, mais ce n'est là qu'un minime inconvénient, car l'urètre féminin est essentiellement et facilement dilatable.

2° C'est ensuite la difficulté de *distendre convenablement la muqueuse vésicale*, de manière à bien voir entre les plis de la muqueuse.

Pour remédier à cet inconvénient, il est nécessaire de laisser le réservoir vésical se remplir avec de l'air. Cette réplétion peut se faire d'une façon extrêmement simple, en élevant fortement la région de la vessie de manière que le contenu de l'abdomen tombe vers le diaphragme. L'air se précipite alors dans le réservoir urinaire, à travers le tube endoscopique, et distend la vessie. Les chirurgiens américains, pour obtenir ce résultat, mettent leur malade en position genu-pectorale. Mais cette position, outre qu'elle est peu employée en France, est fatigante pour la malade et peu aisée pour le médecin. Il paraît plus pratique, ainsi que l'ont indiqué M. Clado (1) et M. Hartmann (2), de mettre la femme en position élevée du bassin, sur un plan incliné de Trendelenburg par exemple, et en la calant à l'aide d'épaulières. Hâtons-nous d'ajouter qu'en réalité le déplissement vésical se fait très bien quand la vessie est saine, ou n'est pas trop malade ; mais lorsque le bas-fond est enflammé et que les parois vésicales sont contractées sur elles-mêmes, le déplissement est loin d'être aussi satisfaisant. On parvient cependant à examiner toute la muqueuse en maniant convenablement le cystoscope.

---

(1) Clado, La cystoscopie dans le diagnostic des affections de la vessie chez la femme. *Compte rendu de l'Association française d'urologie*, 1898, p. 333.

(2) H. Hartmann, Cystoscopie directe chez la femme. *Travaux de chirurgie anatomo-clinique* (1re série : Voies urinaires, estomac). Paris, G. Steinheil, 1902, p. 43.

Quoi qu'il en soit, dans tous ces cas, il est infiniment préférable d'examiner patiemment, point par point, toutes les parties de la muqueuse vésicale malade avec le cystoscope à vision directe,et de les traiter au fur et à mesure qu'elles apparaissent sous la vue, plutôt que — ainsi que cela a lieu pour l'examen à l'aide du cystoscope à prisme — de mal voir tout un champ vésical malade et de rester absolument inactif, sans faire aucun traitement utile.

3° La troisième et principale difficulté était l'*arrivée constante de l'urine par les uretères*, qui empêche d'obtenir une muqueuse suffisamment sèche pour pouvoir être convenablement examinée. En effet, on a beau tenter constamment d'assécher la muqueuse avec des tampons d'ouate, la sécrétion urinaire se fait trop vite et on n'a pas le temps entre deux tamponnements de faire un bon examen de la muqueuse.

C'est pourquoi, pour remédier à ce grand inconvénient, il est nécessaire de faire l'aspiration de l'urine au fur et à mesure de sa production.

Le Pr Kelly, de Baltimore, avait fait construire, dans ce but, un aspirateur spécial qu'il passait à travers l'endoscope, ce qui obturait encore en partie la lumière déjà étroite de l'instrument et nécessitait laprésence d'un aide.

J'ai pensé simplifier le dispositif nécessaire à obtenir ce résultat, et la description en est donnée plus loin.

B. *Du côté des instruments* :

Il fallait tout d'abord : 1° *un bon urétroscope*. Si jusqu'ici, en France, on a très peu pratiqué l'urétroscopie, il faut en voir la raison surtout dans ce fait, que les instruments mis à la disposition des médecins étaient véritablement bien incommodes, bien compliqués, et surtout ne permettaient pas une vision bien distincte. Tous les urétroscopes, en effet, qui ne permettaient la vision que grâce à un éclairage extérieur, frontal par exemple, étaient d'un maniement difficile. Seuls, ceux munis d'une lumière intérieure sont beaucoup plus pratiques, donnent un éclairage infiniment supérieur et permettent une vision directe parfaite de la muqueuse.

Le meilleur urétroscope était, de beaucoup, celui du Pr Oberlaender, de Dresde, constitué par un fil de platine incandescent situé au fond du tube urétroscopique. Mais, pour empêcher que ce fil de platine ne produisît des brûlures de la muqueuse, il était nécessaire d'avoir une circu-

lation d'eau froide autour du fil de platine, ce qui demandait une installation relativement compliquée.

Le Pr Valentine, de New-York, substitua alors au fil de platine incandescent une minuscule ampoule électrique.

J'ai enfin moi-même modifié et perfectionné ce dernier instrument, et mon urétroscope se trouve décrit dans les *Comptes rendus* de l'Association française d'urologie de 1903, p. 789.

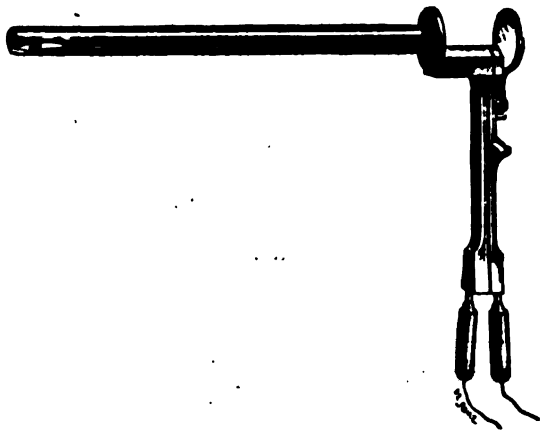


Fig. 1. — Urétroscope Luys complet (profil).

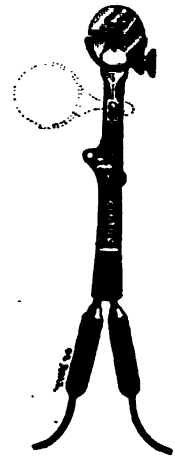


Fig. 2. — Urétroscope Luys vu de face.

Je rappellerai simplement qu'il se compose essentiellement d'un tube ordinaire d'urétroscope, à bords émoussés, que l'on introduit dans l'urètre avec un mandrin. Une fois le tube introduit, on retire le mandrin et, en son lieu et place, on introduit une minuscule ampoule électrique montée sur une longue tige, qui permet de porter la source lumineuse au fond du tube en l'y faisant affleurer. Les tubes urétroscopiques sont les uns longs, les autres courts, et facilement interchangeables (fig. 1).

Une loupe mobile, dont le foyer correspond exactement à la longueur du tube urétroscopique, grossit les lésions vésicales et permet de pratiquer l'examen d'une façon complète (fig. 2). Les petites lampes sont facilement démontables et peuvent être stérilisées dans les étuves à formol, tandis que, pour les tubes urétroscopiques, la stérilisation se fait facilement à l'eau bouillante.

Les principaux avantages de cet instrument me semblent être :

a) Le bon éclairage de la muqueuse ;

b) La stérilisation facile ;

c) La facilité du maniement et du démontage ;

d) La vision parfaite des moindres lésions, grâce à la présence de la loupe mobile que j'y ai fait annexer.

C'est donc mon urétroscope que j'ai fait spécialement adapter à l'examen de la muqueuse vésicale de la femme.

2° Assurer l'*aspiration de l'urine constamment fournie par les urelères.*

Comme, d'une part, le calibre du tube urétroscopique ne peut pas avoir des dimensions trop considérables, et que, d'autre part, il est nécessaire de ménager, dans l'intérieur de celui-ci, le plus de place possible de manière à pouvoir y manœuvrer facilement des instruments, il m'a semblé qu'il ne fallait pas d'instrument spécial pour obtenir ce but.

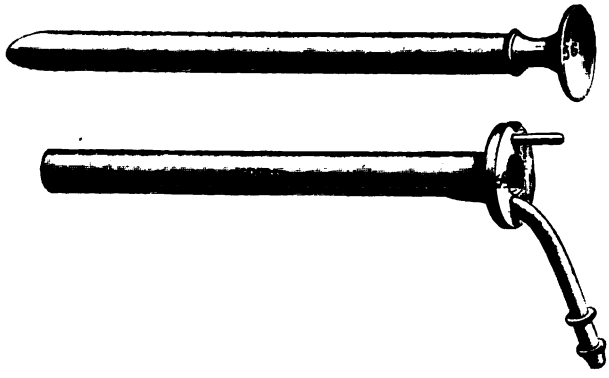


Fig. 3. — Cystoscope à vision directe de Luys pour la femme.

Dès lors, j'ai fait établir, dans la paroi même du tube, un fin conduit par où peut se faire l'aspiration de l'urine. L'orifice de ce fin conduit vient affleurer l'extrémité vésicale du tube urétroscopique et se trouve, bien entendu, placé à la partie déclive de celui-ci ; il se termine, du côté extérieur, par un petit tube métallique sur lequel peut être fixé un tube de caoutchouc (fig. 3). Ce tube de caoutchouc aboutit lui-même à un grand récipient dans lequel on a fait le vide et qui est fermé par un robinet facilement maniable. Le vide peut être fait, soit avec la pompe de l'aspirateur Potain, soit par tout autre moyen de faire le vide, comme une trompe à eau, par exemple (fig. 4). Il suffit donc d'ouvrir ce robinet pour aspirer directement l'urine dans le flacon où est fait le vide. La manœuvre est extrêmement simple, l'aspiration se fait très rapidement et complètement, et débarrasse toute la muqueuse à examiner, non seulement de l'urine, mais aussi des

mucosités et des traces sanguinolentes qui peuvent s'y trouver. Dans mon installation particulière, une trompe à eau, fonctionnant constamment pendant toute la durée de l'examen urétroscopique, assure l'aspiration de l'urine d'une manière parfaite : on n'a en aucune façon besoin de se préoccuper de la présence de l'urine, qu'on ne voit même pas.

Fig. 4. Trompe à eau pour l'aspiration de l'urine.

Pour obtenir la possibilité de porter des caustiques directement sur des points bien localisés de la muqueuse vésicale, — il faut évidemment avoir à sa disposition un tube endoscopique assez large, et, bien qu'on puisse agir avec un tube 26 Charrière, il est évidemment mieux, si toutefois on le peut sans gêner la malade, de se servir d'un tube d'un calibre supérieur.

De cette manière, non seulement on voit admirablement la muqueuse, mais, de plus, on a largement la place pour introduire dans le tube des porte-caustiques ou des fines pointes de galvano-cautères, ou même, ainsi que cela nous est arrivé plusieurs fois, un cathéter urétéral pour cathétériser un uretère.

Une observation de ce genre est particulièrement intéressante.

Il s'agissait, dans ce cas, d'une femme chez laquelle il y avait des indications bien nettes à connaître le fonctionnement du rein gauche. Or, cette femme était porteuse d'une fistule vésico-vaginale, et on ne pouvait, par conséquent, penser à pouvoir appliquer mon séparateur, puisqu'il n'y avait pas de bas-fond vésical.

De même, le cathétérisme cystoscopique était impossible, puisqu'on ne pouvait remplir la vessie avec du liquide, car celui-ci sortait de suite par la fistule vaginale.

La seule méthode pratique fut donc de faire le cathétérisme direct sous la vue, et c'est ce que je parvins à faire très facilement à l'aide de mon endoscope.

III. — Manuel opératoire.

1. **Préparation de la malade.** — La malade doit être dévêtue et ne garder, au plus, que sa chemise. On la fait alors mettre en position élevée du bassin, c'est-à-dire de telle manière que sa tête soit basse et que son bassin, élevé, vienne exactement affleurer le bord de la table. Si l'on n'a pas de table spéciale, on peut obtenir à peu près ce résultat

en mettant un fort coussin sous le siège de la malade. On doit surtout veiller à ce que le bassin, très incliné, ne puisse glisser et fuir devant l'opérateur, ce qu'on obtient en assurant la fixité des épaules par des épaulières. Ces épaulières doivent pouvoir s'adapter aux différentes tailles des malades, mais pouvoir aussi être fixées très exactement à la table. Les talons doivent être bien assurés dans des étriers, de manière à ce que les jambes soient fixes et bien écartées (fig. 5).

Fig. 5. — Examen de la vessie de la femme avec le cystoscope à vision directe. Position de l'opérateur et de la malade.

2. **Préparation des instruments.** — Le tube cystoscopique, muni de son mandrin, a dû être stérilisé à l'eau bouillante ; le manche du cystoscope à vision directe a dû être garni de sa loupe engainée dans le porte-loupe, de sa lampe et des fils conducteurs du courant électrique. Ce courant a dû être essayé et la lampe amenée à l'incandescence, de telle manière qu'elle fournisse une lumière bien éclairante. Comme ces lampes ont un très faible voltage, il est nécessaire de faire très attention à ne pas les brûler avec un courant trop fort.

On aura soin d'avoir encore à sa portée, sur une table placée à sa droite : un grand bocal dans lequel le vide a été auparavant fait com-

plètement. Puis, de petits tampons de ouate, stérilisés préalablement à l'autoclave et montés sur de petits bâtonnets en jonc, ceux-ci étant destinés à compléter l'assèchement de la muqueuse vésicale ; on aura encore, tout près de soi, de fins crayons de nitrate d'argent fixés au bout de stylets, ou de petits fragments de sulfate de cuivre montés de la même façon.

On peut encore avoir toutes prêtes de fines pointes de galvano-cautère.

Fig. 6. — Examen de la vessie de la femme avec l'urétroscope. Position exacte du cystoscope à vision directe.

3. **Manuel opératoire proprement dit.** — On commence d'abord par vider la vessie avec une sonde Nélaton, puis on la lave doucement à petits coups, jusqu'à ce que le liquide de lavage ressorte à peu près clair, puis on enlève ensuite la sonde. Le tube endoscopique, muni de son mandrin bien enduit de glycérine, est alors présenté au méat, préalablement bien lavé et aseptisé. Il est ensuite poussé doucement dans l'urètre. Si l'on éprouve quelque difficulté à le faire progresser, on doit aussitôt s'arrêter, et dilater extemporanément l'urètre avec des bougies d'Hegar (nos 7, 8 et 9). Le cystoscope passe ensuite extrêmement

facilement. Il est introduit jusque dans la vessie, et le mandrin est retiré. A ce moment, on constate alors que la vessie se remplit d'air.

Le manche du cystoscope avec sa lampe est alors fixé sur le tube cystoscopique, et l'on a bien soin de s'arranger de manière à ce que la lampe soit à la partie supérieure du tube, tandis que le tube aspirateur, qui est à son antipode, se trouve alors placé à la partie déclive du tube. Un petit tuyau de caoutchouc, destiné à établir la communication entre le tube aspirateur du cystoscope et le grand récipient où on a fait le vide, est fixé d'une part au tube métallique du cystoscope et d'autre part au récipient (fig. 6). La lampe est allumée, et s'il existe encore quelques gouttes d'urine dans la vessie, celles-ci sont aspirées immédiatement. L'asséchement absolu de la muqueuse vésicale est obtenu avec les petits tampons de ouate, et l'examen complet de la vessie peut se faire facilement.

Certaines lésions peuvent alors être précisées très aisément. C'est ainsi que le Dr Prat, alors interne à l'hôpital Lariboisière, put découvrir l'orifice d'une fistule vésico-intestinale et y insinuer une sonde. Le cathéter revint souillé de matières fécales, apportant la preuve qu'il avait bien été introduit dans l'intestin (1).

En outre de l'inspection simple de la muqueuse vésicale, certaines petites interventions peuvent être pratiquées de cette manière, et une des plus importantes est assurément le cathétérisme direct de l'uretère.

IV. – Cathétérisme direct de l'uretère.

Le cathétérisme de l'uretère devient, avec le mode d'examen de la vessie avec le cystoscope à vision directe, d'une facilité extrême.

En effet, rien de plus simple que la découverte des orifices urétéraux, en inclinant légèrement le tube urétroscopique à droite ou à gauche.

Lorsqu'on a l'un d'eux bien en face de soi, et qu'on voit sous ses yeux l'éjaculation urétérale se faire dans le tube urétroscopique, on immobilise en position fixe le cystoscope avec la main gauche, tandis qu'avec la main droite on saisit une sonde urétérale, maintenue rigide par la présence dans son intérieur d'un fin mandrin métallique. Le cathéter est

(1) Hartmann, Cystoscopie directe chez la femme, in *Travaux de chirurgie anat.-clinique* (1re série), Paris, G. Steinheil, 1902, p. 44.

introduit dans le tube urétroscopique et, sous la vue, il passe immédiatement dans l'orifice urétéral.

Cela se fait le plus facilement du monde, sans aucune espèce de difficulté. Un petit détail mérite d'être noté. En effet, le mandrin métallique, qui est situé dans l'intérieur de la sonde urétérale, ne va pas jusqu'à son extrémité ; il doit s'arrêter un peu avant, de telle manière que la pointe de la sonde soit molle, non offensive, mais cependant suffisamment rigide et bien maintenue pour ne pas buter et se couder sur l'orifice urétéral. Une fois l'extrémité de la sonde urétérale bien engagée dans l'uretère, le mandrin est retiré par un aide, tandis que l'opérateur fait progresser doucement la sonde jusqu'au bassinet, s'il est nécessaire.

Le retrait du manche du cystoscope est ensuite très aisément pratiqué ; enfin, le tube endoscopique est lui-même enlevé, — et l'ensemble de ces manœuvres apparaît de suite d'une simplicité remarquable, — ce qui permet d'affirmer très hautement la supériorité de ce procédé sur le cathétérisme cystoscopique des uretères avec le cystoscope à prisme.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA CYSTOSCOPIE EN GYNÉCOLOGIE

D'après **WALTER SOECKEL** (1).

Par le Docteur **R. LABUSQUIÈRE.**

On a de plus en plus tendance, à l'exemple de ce qui a été fait dans d'autres domaines de la médecine, rhinologie, laryngologie, etc., à utiliser l'éclairage des cavités naturelles en gynécologie. Déjà (2), nous avons dans ce journal fait connaître le large emploi qu'a fait de Ott de ce moyen d'investigation. Voici maintenant un petit traité de *Cystoscopie* pratique, qui s'adresse particulièrement aux gynécologues. Il est fort intéressant, et de plus la lecture en est particulièrement facile. Mais l'impression première qui, abstraction faite d'un certain nombre de données précises que récoltera le lecteur, nous paraît se dégager de ce travail, c'est que, pour retirer de la cystoscopie, aussi bien en gynécologie qu'en obstétrique, des résultats vraiment sérieux, il faut y apporter beaucoup d'application, se familiariser beaucoup avec elle, avoir bien en main le cystoscope et retenir que, pour la bonne interprétation des images cystoscopiques, il faut une grande habitude, vu les déplacements d'images que donne le cystoscope à prisme dont se sert Soeckel. La plupart du temps, il est indispensable de contrôler, par un éclairage fait sous des angles divers, par la combinaison même avec l'exploration visuelle d'une exploration tactile, délicate à l'aide d'un cathéter, l'exactitude de la signification qu'on est enclin à donner à ces images cystoscopiques. Nous voudrions, par l'analyse que nous avons faite d'un certain nombre de chapitres de ce livre instructif, faire partager notre conviction de l'importance, mais aussi des difficultés de la cystoscopie en général, et en particulier de ses applications à la gynécologie et à l'obstétrique.

APPARENCES CYSTOSCOPIQUES DANS LES MALADIES DE LA VESSIE

a) *Cystite aiguë et chronique généralisée.* — La phlegmasie vésicale, causée par des micro-organismes pyogènes, s'accompagne de modifications caractéris-

(1) *Die Cystoskopie des Gynäkologen*, WALTER SOECKEL, Leipzig, Breitkopf et Hartel, 1904.

(2) *Annales de gynécol. et d'obst.*, février 1904, p. 121.

tiques et typiques de l'aspect de *l'image cystoscopique* (1). *Ce qui frappe le plus, c'est la sécrétion produite par la muqueuse enflammée et infectée.* Elle varie énormément, d'un simple trouble à un dépôt purulent épais.

Les produits de sécrétion sont : 1° *fixes* et 2° *mobiles*. Les premiers adhèrent à la muqueuse vésicale, les autres flottent dans le *liquide de réplétion*. Les éléments muqueux ou suppurés adhérents sont tantôt isolés, tantôt rassemblés en amas plus ou moins volumineux, ou bien étalés à la manière d'un stratum continu, qui dérobe à l'œil la muqueuse sous-jacente. Mucus ou pus, mobile, a naturellement tendance à gagner le fond de la vessie. La cystoscopie étant d'autant plus réalisable que le contenu de la vessie est plus limpide, il convient donc, avant d'y procéder, de s'efforcer de débarrasser la vessie des produits de sécrétion (2). Quand on réussit à enlever le dépôt muqueux, ou lorsque d'emblée il est faible, on peut observer *l'aspect modifié* de la muqueuse. Comme toutes les muqueuses enflammées, la muqueuse de la vessie est *tuméfiée* et *rouge*. La tuméfaction et la rougeur offrent des différences extrêmes quant à leur intensité et à leur étendue. Déjà, dans un catarrhe modéré, la muqueuse est remarquablement vasculaire. Le réseau vasculaire paraît plus richement ramifié, l'état congestif faisant apparaître des branches vasculaires qui, en d'autres conditions, restent invisibles. Plus la phlegmasie est vive, plus étroites sont les mailles entre les ramifications vasculaires, visibles en plus grand nom-

---

(1) Par la raison que, sous ce point de vue, la vessie de la femme ne présente pas de particularités qui lui soient propres, l'auteur, renvoyant le lecteur à la description remarquable qu'en ont faite dans leur traité Nitze et Casper, se borne ici à un tableau réduit de ces modifications.

(2) Or, ce nettoyage, cette *mise au clair de la vessie* ne s'obtient très souvent que de façon incomplète, souvent même pas du tout. A cela plusieurs raisons : *a*) degré de souillure de la vessie, *b*) adhérence plus ou moins forte des produits de sécrétion à la muqueuse de l'organe, *c*) et particulièrement d'une autre condition à préciser. La sécrétion gênante vient-elle vraiment de la vessie elle-même, ou bien n'est-elle pas plutôt due à ce que, continuellement, les uretères déversent de l'urine purulente dans la vessie ?

On peut, par plusieurs lavages, faire disparaître, bien que, très rarement, tout à fait, mais suffisamment des troubles légers. Lorsque le cystoscope permet d'apercevoir encore un dépôt muqueux étendu, adhérent, on peut, le cas échéant, procéder à un nouveau nettoyage de la vessie avec une seringue à piston, pour détacher les lambeaux épithéliaux et muqueux qui flottent çà et là autour de l'orifice vésical. Toutefois, on doit éviter les injections trop brutales et l'introduction trop profonde du cathéter, ces deux actes pouvant occasionner des hémorragies muqueuses, qui voilent encore plus l'image cystoscopique. L'examen doit toujours être aussi rapide que possible, parce que la muqueuse vésicale, malade, continue de sécréter et que le *liquide de réplétion* se retrouble promptement. Quand le pus contenu dans la vessie vient principalement des reins, des lavages soigneux non seulement ne réussissent pas à améliorer l'état local, mais peuvent même l'aggraver. En effet, les uretères apportent autant, et souvent encore plus de pus que les lavages peuvent en ôter. Plus on lave, plus on remue le pus qui s'est déposé sur le bas-fond de la vessie, le *dépôt du fond*. L'image cystoscopique devient plus trouble et inutilisable. En règle générale, la pratique de l'auteur est la suivante : dans les cystites par processus ascendants, où l'infection est partie de l'urètre et n'a pas dépassé la vessie, laver le plus longtemps et le plus vigoureusement possible avant la cystoscopie ; au contraire, dans les cystites par processus descendants, complications surajoutées à une pyélite ou à une pyélo-néphrite, ou dans les cas de processus ascendants qui, à travers la vessie, se sont étendus jusqu'aux reins, laver peu ou pas du tout, mais remplir avec précaution la vessie,

bre, et plus se perd la *coloration jaunâtre* caractéristique de la *muqueuse normale* de la vessie. Alors que dans la vessie saine nous voyons une zone jaune traversée par des branches vasculaires isolées, de couleur rouge, dans la vessie enflammée le champs visuel nous apparaît rouge avec des îlots jaunâtres, isolés, points de la muqueuse ayant encore échappé à l'inflammation. *Dans la cystite grave, la paroi vésicale, dans sa totalité, apparaît rouge.* Le dessin vasculaire peut même s'effacer, soit que les vaisseaux soient si rapprochés qu'ils paraissent confluer, soit que des hémorragies vasculaires plus ou moins nombreuses masquent le ton fondamental de l'image. Ces raptus sanguins sont très fréquents dans les formes graves de cystite, car les vaisseaux, distendus et atteints dans leurs parois par la phlegmasie, se rupturent facilement.

A la congestion est associé un *épaississement de la muqueuse qui, par l'hyperémie, est gonflée, boursouflée et œdémateuse.* L'épithélium de la muqueuse, sous l'influence du trouble de la circulation et de l'infection, meurt, se détache des tissus sous-jacents et mêle ses débris aux masses suppurées et muqueuses qui recouvrent la paroi de l'organe, ou flottent librement dans le contenu urinaire. De ce fait, *la muqueuse perd son poli, son brillant* (Glanz) ; elle paraît *terne* et, justement, on l'a qualifiée de *velvétique.*

En cas de tuméfaction énorme, on a l'image de coussinets de velours tassés les uns sur les autres. Pour les points démunis d'épithélium, particulièrement dans ceux où des ruptures vasculaires ont donné lieu à des hémorragies, l'infection atteint plus profondément la vessie. Elle aboutit à des *pertes de substances planes, circonscrites,* dont le bord ourlé par la muqueuse boursouflée s'élève à pic, tandis que la partie centrale reste au-dessous du niveau général de la muqueuse. Dans ces creux adhèrent les sécrétions muco-purulentes, sur lesquelles se précipitent les sels de l'urine sous forme de fines concrétions : on a alors l'image de l'*ulcération muqueuse, à fond ulcéreux avec dépôt hémato-purulent.*

Hyperémie, œdème, perte du poli de la muqueuse, sécrétion muco-purulente, hémorragies muqueuses et ulcérations muqueuses, telles sont les altérations les plus remarquables que la cystoscopie met en évidence dans la cystite grave (1).

En général, dans les infections encore récentes dominent les modifications vasculaires et les amalgames de sécrétions anormales, tandis que, dans les processus en voie de guérison ou devenus chroniques, on observe le gonflement muqueux, œdémateux même quand la coloration fondamentale jaune de l'image normale de la vessie a déjà reparu et que l'urine est débarrassée de toutes impuretés.

D'autre part, la cystite ne frappe jamais la vessie en totalité, mais elle s'étend par étapes ou, plus exactement, par régions, débutant où l'infection a pénétré.

---

(1) Quant aux degrés qui aboutissent à cette forme grave de la phlegmasie vésicale et aux reliquats qui survivent à la guérison progressive de la maladie, les images en sont si diverses, si variables dans leurs détails, qu'il n'est pas possible, dit l'auteur, de les décrire.

Que la vessie reçoive l'infection des uretères ou de l'urètre, constamment le trigone est le premier atteint et le premier malade. Sa richesse vasculaire fournit un point de prise plus favorable à l'infection, qui de là, en général, gagne le fond, puis s'étend au segment supérieur de la vessie, non toujours de façon continue, mais aussi par bonds (sprungweise) : irritation vésicale, catarrhe de la vessie, cystite légère, cystite suppurée, affections diphtériques de la vessie ; ce sont là les dénominations par lesquelles on désigne les degrés divers de la maladie, et qui sont subordonnés à la virulence, à la nature de l'agent infectieux (1) aussi bien qu'à l'opportunité, de temps et de qualité, de la thérapeutique.

b) Cystite du col de la vessie. Le plus souvent, il s'agit d'un processus phlegmasique léger, mais très rebelle. — L'examen cystoscopique montre que sphincter et trigone sont malades, tout au moins qu'ils ne sont pas normaux et que le reste de la vessie est intact. Le trigone est remarquablement vasculaire, le sphincter fréquemment œdémateux, épaissi et hyperémique. Au trigone adhère une couche mince, muqueuse, non purulente. Des hémorragies se produisent ; il n'y a pas d'ulcération. Le plus souvent, on étiquétera cet état *catarrhe*, et non phlegmasie du col de la vessie. Presque sans exception, il s'agit d'une complication d'une urétrite déjà passée ou chronique. De l'urètre, rien à exprimer, sinon très peu de mucus vitreux. L'auteur croit que *particulièrement l'infection gonorrhéique de l'urètre*, abandonnée à elle-même, suit cette marche, et qu'en conséquence il y a lieu de considérer comme reliquats de la gonorrhée urétrale chronique les catarrhes du col de la vessie dont l'origine ne peut être rapportée à d'autres moments étiologiques (cathétérisme, puerperium, opérations gynécologiques).

La cystoscopie est, précisément dans ces cas, très importante. — Elle montre en effet que, seul, le col de la vessie est malade, elle indique la vraie thérapeutique. Contrairement à la pratique commune et inefficace, sinon aggravante, des lavages vésicaux, c'est un traitement localisé, le traitement du col de la vessie qui convient (instillations argentiques, bougies à l'iodoforme et à la cocaïne).

N. B. — Tout cathétérisme prolongé détermine une cystite du col, qui guérit spontanément sitôt après enlèvement du cathéter.

c) Cystite gonorrhéique. — L'auteur cite un cas, particulièrement intéressant, de cystite gonorrhéique chronique dans lequel la cystoscopie lui permit de percevoir un grand nombre d'abcès, petits comme une tête d'épingle, sûrement *sous-épithéliaux*. Et, n'ayant jamais fait semblable constatation, il s'est

(1) Ici, l'auteur signale les difficultés du diagnostic, surtout pour le débutant, et met en garde contre les erreurs qui pourraient être commises. Congestion, hyperémie, œdème n'équivalent pas à cystite ; ces états peuvent tenir à des conditions extrinsèques. D'autre part, pour la cystoscopie, il faut que la lampe employée donne un éclairage clair, vif, car un éclairage faible donne une lumière rouge, qu'on pourrait facilement attribuer à un état morbide de la vessie, etc. : au résumé, il faut déduire le diagnostic d'un *faisceau de conditions* et, par des examens répétés, sous des points de vue multiples, s'efforcer de préciser la *réalité*, la *nature* des images cystoscopiques.

demandé s'il ne s'agirait pas là d'un état pathologique, caractéristique pour la gonorrhée.

d) *Cystite gangreneuse, disséquante. — La cystoscopie n'a dans ces cas, souvent liés à la rétroversion de l'utérus gravide, aucune importance diagnostique. Mais, dans les périodes tardives du processus, elle devient extrêmement importante, car, seule, elle nous permet de nous faire une idée juste de l'intensité et de l'étendue de la destruction vésicale.* Elle a permis à l'auteur de constater que ce processus gangreneux, disséquant, atteint la surface de la vessie dans sa totalité, qu'il laisse *une vessie cicatriciellement rétractée, très réduite dans son volume total, mais à laquelle, au sens absolu, ne manque aucune partie.* Une figure, très nette, représente l'aspect du trigone dans un de ces cas. L'auteur expose successivement les constatations que lui a permis de faire la cystoscopie dans la cystite tuberculeuse, la tuberculose de la vessie et la tuberculose rénale. Il décrit ensuite les apparences cystoscopiques fournies par : *a*) *les tumeurs de la vessie*, *b*) *les corps étrangers de cet organe*, *c*) *les corps étrangers accidentellement introduits et les calculs vésicaux* ; *d*) les apparences cystoscopiques dans les cas de fistules des voies urinaires (fistules urétrales, vésicales, urétérales), après la plupart des opérations chirurgicales exécutées pour ces affections des voies urinaires. Il ne suffit pas, ajoute-t-il, de suivre cliniquement les opérées, mais il convient de déclarer absolument nécessaire l'examen, *le contrôle cystoscopique* après toutes ces interventions. Par exemple, après l'implantation des uretères dans la vessie, il faut établir :

1° *L'état du moignon de l'uretère*, qui, sous forme de bouton, proémine dans la cavité vésicale (rapetissement progressif, rétraction et rotation du moignon ;

2° Action de l'uretère implanté ;

3° Perméabilité de l'uretère implanté ;

4° Quantité et composition, qualité de l'urine sécrétée par le rein correspondant (par le cathétérisme de l'uretère).

Viennent ensuite les descriptions des *images cystoscopiques de la vessie dans les états pathologiques des reins et des uretères :* 1° *anomalies de développement des reins et des uretères*, 2° *hémorragies et suppurations rénales*, 3° *contrôle de l'aptitude fonctionnelle des reins sains et pathologiques au moyen du cathéter urétéral.*

*
* *

Nous arrivons maintenant à la partie du livre la plus intéressante, eu égard aux questions plus spécialement étudiées dans ce journal, à la partie qui traite *des apparences, des images cystoscopiques de la vessie dans les maladies de l'appareil génital* (1).

(1) Ainsi que le note l'auteur, ce n'est d'ailleurs pas une application première de la cystoscopie à ces états. Il rappelle, en effet, que déjà Kolischer et Winter ont signalé l'importance de ce mode d'investigation pour ces conditions pathologiques.

1° TUMEURS DES ORGANES GÉNITAUX.

a) Cancer de l'utérus et du vagin. — La question de la curabilité du cancer de l'utérus retient beaucoup l'attention des gynécologues, qui, au point de vue intervention, sont encore à l'heure actuelle fort divisés : les uns considérant comme inopérables les néoplasmes ayant dépassé les limites de l'utérus, les autres, au contraire, pensant qu'au prix de l'exérèse des paramétrium et des ganglions pelviens affectés, on est justifié encore à poursuivre la guérison. Donc, à ce point de vue, désaccord ; mais *où l'accord paraît mieux se faire, c'est sur l'importance que prend, dans la décision à prendre, — traitement radical ou simplement palliatif — l'extension ou non de la maladie cancéreuse à la vessie.* Pour la plupart des opérateurs, extension à l'appareil urinaire équivaut à inopérabilité. *La néphrite coexiste presque toujours avec les cancers propagés aux voies urinaires.* Aussi, les malades, quand on les a opérés, succombent-ils aux effets de l'insuffisance vésicale, s'ils ont survécu à l'opération et échappé aux métastases.

En conséquence, *il est capital*, suivant Soeckel, *de contrôler très minutieusement l'état des reins, des uretères et de la vessie avant de juger un cancer de l'utérus curable, et d'utiliser pour ce contrôle l'examen de l'urine et la cystoscopie.* Malheureusement, l'éclairage de la vessie ne fournit pas, ici, des renseignements aussi nets qu'il serait désirable. En particulier, dans le cancer du corps de l'utérus, les renseignements sont insignifiants. Et même dans les variétés des cancers qui, en raison de leur voisinage presque immédiat avec la vessie, pourraient faire supposer des atteintes plus ou moins rapides, plus ou moins notables de l'organe urinaire, souvent on est étonné de l'insignifiance des modifications cystoscopiques vésicales. En fait, *il n'y a pas constamment parallélisme entre l'accroissement du cancer et l'atteinte à la vessie.* Au résumé, d'un état vésical négatif, on n'est pas en droit de conclure à l'opérabilité du cancer ; par contre, d'un état positif, on peut toujours déduire qu'il s'agit d'un cas inopérable, ou dont l'opération comportera de grosses difficultés.

Par *état positif*, il faut entendre qu'il y a : 1° œdème de la paroi ou œdème de la muqueuse ; 2° métastases cancéreuses dans la paroi de la vessie ; 3° pénétration du cancer dans la vessie par continuité.

Œdème de la paroi. — Il en est deux variétés : *a) œdème de toute la paroi vésicale* (boursouflement, tuméfaction en forme de coussinet ; *b) œdème bulleux* (la muqueuse est soulevée sous forme de vésicules grosses et petites, claires, conglomérées), les deux variétés n'étant, suivant Soeckel, que deux phases d'un même processus, l'œdème bulleux correspondant au début, à la phase la moins grave du processus. Toutefois, l'auteur ne croit pas que la constatation de l'un ou l'autre type d'œdème ait une signification diagnostique absolue. Mais du rapprochement de ses recherches cystoscopiques et de l'évolution des opérations ultérieures, il incline à conclure *qu'en général, dans les cas d'œdème de la paroi vésicale, il faut s'attendre à une adhérence plus intime, à une fixation plus forte de la vessie au cancer, à un décollement plus pénible de la vessie de l'utérus ou*

du vagin. Mais, d'après les apparences cystoscopiques, il est impossible de dire si la vessie est fixée à la tumeur seulement par des adhérences phlegmasiques ou si les couches pariétales externes sont déjà affectées par le cancer. Le cancer est près, mais on ignore le degré de voisinage... Le cas a-t-il été, après palpation combinée soigneuse, déclaré opérable, l'existence de l'œdème de la paroi de la vessie ne constitue pas une contre-indication formelle à l'opération. *Existe-t-il des doutes sous le rapport de l'opérabilité, cet œdème de la paroi vésicale est une indication qu'on doit s'attendre à des difficultés durant l'opération, à des complications pendant la convalescence*, car toujours la vascularisation de la vessie est troublée, la résistance de la paroi vésicale réduite et, de ce fait, la production de blessures opératoires ou de nécroses pariétales secondaires favorisée.

Le siège de la tuméfaction œdémateuse ou de la formation bulleuse est, dans le cas de cancer de l'utérus ou du vagin, exclusivement la région sphinctérienne, le bas-fond de la vessie et la portion intermédiaire à la paroi postérieure. Très fréquemment, en même temps que l'œdème, on constate que la muqueuse avoisinante est hyperémiée, qu'elle a une coloration rouge diffuse, que les vaisseaux y sont plus sinueux, fortement congestionnés. L'auteur croit que le plissement vésical, signalé par Zangemeister dans le cancer de l'utérus, n'est pas autre chose que l'apparence due à l'œdème de la paroi. Il a, d'autre part, vérifié l'exactitude de l'observation faite par Zangemeister, qu'à de longs intervalles les uretères sécrètent fortement, ainsi que l'importance du *déplacement du trigone*. Le trigone, en effet, se place parfois obliquement, un orifice urétéral se portant, par exemple, plus en avant et vers la ligne médiane et l'autre plus en arrière et plus de côté, déplacement dû soit aux compressions associées aux hypertrophies tissulaires ou bien aux rétractions qui se font dans les tissus avoisinants.

Au résumé, si intéressantes que puissent être les apparences cystoscopiques, elles ne justifient pas pourtant de formules plus précises que celles-ci : *peut-être encore opérable* ; *difficultés techniques probables* ; *pas de propagation certaine du cancer à la vessie*. Mais quand la cystoscopie permet de reconnaître formellement la production du cancer sur la vessie, tout espoir de curabilité, suivant Soeckel, devrait être abandonné. La formation de métastases sur la paroi vésicale est d'ailleurs très rare ; au cours de nombreux examens, l'auteur ne l'a constatée qu'une fois. Il conclut, toutefois, de ce fait unique, à la *nécessité de pratiquer la cystoscopie dans tous les cas de cancer avant d'opérer, sans tenir compte des résultats fournis par le palper*.

Plus fréquemment, on rencontre une effraction du cancer dans la vessie. L'image cystoscopique est tout à fait différente, — mais la localisation du cancer est la même, — au bas-fond de la vessie. Des saillies, des proéminences aplaties, dépassent le niveau de la muqueuse non affectée ; elles ont les dimensions d'un mark au plus. Il n'existe pas toujours de démarcation nette entre le cancer et la muqueuse saine. Au bout d'un certain temps, le cancer vésical s'ulcère, les ulcérations se recouvrent de mucus, de pus, de concrétions, etc.

Somme toute, *en dépit de l'enthousiasme pour la cystoscopie, l'auteur se voit forcé de reconnaître que dans la plupart des cas elle ne fournit qu'un signe incertain (œdème), et dans quelques cas un signe sûr (métastase ou effraction) de l'extension d'un cancer du vagin, de la portion ou du col à la vessie.*

Il note que dans un cas elle lui permit de constater un cancer de la vessie, qui était une récidive, consécutive à un cancer de la portion enlevé par extirpation vaginale totale.

b) *Myomes de l'utérus.* — Dans ces cas, la cystoscopie ne donne pas de grands renseignements. Elle doit être pourtant éventuellement utilisée, car, en renseignant sur des déplacements éventuels, sur des changements de situation, elle permet d'éviter, au cours des interventions, des méprises regrettables (blessures des uretères déviés, de portions pariétales de la vessie qu'on a pu prendre pour des brides péritonéales, etc.). Toutefois, comme le nombre des myomateuses est considérable, on peut réserver la cystoscopie pour les cas chez lesquels un examen préalable a fait prévoir « que l'acte chirurgical sera difficile » (développement intra-ligamentaire, masses myomateuses sous-séreuses en arrière ou immédiatement au-dessus de la symphyse).

c) *Kystes dermoïdes et grossesse extra-utérine.* — La cystoscopie peut être appliquée aux cas dans lesquels ces tumeurs font effraction dans la vessie. Elle permet de connaître le siège de l'effraction et par suite elle fournit au chirurgien un renseignement utile.

2° Phlegmasies qui partent des organes génitaux.

a) *Exsudats paramétriques.* — Des exsudats liquéfiés s'ouvrent éventuellement dans la vessie. L'apparition brusque dans l'urine de grandes quantités de pus démontre indiscutablement cette effraction. Mais si l'on est appelé tardivement, quand la plus grande partie de pus s'est spontanément évacuée, que l'urine est redevenue claire, seule la cystoscopie permet d'établir l'exactitude des renseignements fournis par la femme ou de découvrir facilement la *perforation*; l'aspect est tout à fait celui d'une fistule vésicale (boutonnière irrégulière, cratériforme, à bords ectopiés, de couleur noire, parce que la lumière du cystoscope ne tombe pas dans la profondeur du cratère. Parfois, de cette boutonnière émerge un bouchon muqueux ou un filament de pus, mince, flottant çà et là. Autour de la perforation, injection vasculaire forte ou modifications locales de cystite (couche de mucus, ecchymoses, muqueuse gonflée, « terne »). Avant la perforation un exsudat volumineux produit une réduction de place, comme une tumeur volumineuse développée latéralement (par exemple un myome.

b) *Adhérences périmétriques et péricystiques, tumeurs inflammatoires des annexes.* — Dans ces cas, la particularité essentielle consiste dans la production d'adhérences de la vessie avec les organes péri-vésicaux et dans les effets mécaniques de ces adhérences, d'où des déplacements, des déformations vésicales constatables au cystoscope (dépressions simples, diverticuliums infundibuliformes, plissements, etc.). Mais, pour avoir des résultats cystoscopiques valables, *il faut réaliser une réplétion, maxima, de la vessie.*

3° DÉPLACEMENTS DES ORGANES GÉNITAUX.

a) *Cystocèle et prolapsus du vagin.* — Plusieurs dessins montrent que dans ces cas il est indispensable, pour bien éclairer, pour bien inspecter le bas-fond de la vessie, de fortement abaisser le pavillon du cystoscope. Dans certains cas même où la cystocèle est notable, on ne réussit à éclairer le trigone de Lieutaud qu'à la seule condition de le réduire, passagèrement au moins. *L'importance pratique de l'éclairage de la vessie dans les prolapsus du vagin tient à ce qu'il permet de mettre en évidence des modifications anatomiques, importantes pour les opérations plastiques.* Il permet en particulier de se faire une idée juste de l'état du septum vésico-vaginal, de reconnaître s'il est suffisamment conservé, ou si, au contraire, il est aminci, atrophié, dissocié, rejeté sur les côtés, réduit à rien, constatation pratique importante puisqu'elle démontre que contre cette cystocèle il ne saurait suffire, pratique pourtant assez commune, de faire une colporrhaphie, une colpo-périnéorrhaphie, mais qu'il faut refaire ce septum, comme dans certaines perinéoplasties on rapproche sur la ligne médiane les masses musculaires des releveurs de l'anus, etc.

b) *Rétroversion et rétroflexion.* — Dans les rétrodéviations utérines l'utilité de la cystoscopie consiste moins à mettre en évidence des modifications de l'image cystoscopique, modifications pourtant réelles et faciles à concevoir en raison des changements de forme que subit l'organe urinaire, mais elle consiste surtout à mettre en garde contre un diagnostic et un traitement trop schématique : à éviter par exemple de rapporter trop facilement à l'anomalie de situation de l'utérus des troubles urinaires, des accidents vésicaux qui en sont tout à fait indépendants et qui reconnaissent tantôt pour cause une tuberculose vésicale, une cystite et un état pathologique spécial qui réclame une thérapeutique appropriée.

Le chapitre suivant est consacré à *l'étude de l'image vésicale après les interventions gynécologiques.* De ses observations sur ce sujet, l'auteur dégage les deux propositions suivantes : 1° très souvent, à la suite d'opérations gynécologiques, la paroi vésicale présente des altérations nettes, sans qu'il existe de douleurs à la miction. Ainsi la vessie réagit-elle plus finement aux insultes traumatiques qu'elle ne le montre ; 2° très fréquemment ce n'est pas dans une infection inoculée qu'il faut chercher la cause vraie des troubles urinaires, mais c'est le *trauma opératoire*, en tant que trauma, qu'il faut incriminer (on accorde en général une trop grande importance étiologique à la prétendue infection par le cathétérisme). L'auteur passe ensuite rapidement en revue, au point de vue cystoscopique : 1° le traitement par les pessaires ; 2° la plastie vaginale; 3° la vagino-fixation ; 4° l'opération pour prolapsus de Freund-Wertheim-Fritsch et l'opération d'Alexander ; 5° les laparotomies et les extirpations vaginales totales.

*
* *

Enfin, dans un dernier chapitre, il traite de *l'image vésicale dans la grossesse, pendant le travail et durant les suites de couche.* Avec le début de la

gestation, la vessie est plus vasculaire. A l'image cystoscopique, le réseau vasculaire de la muqueuse est plus accentué. Les vaisseaux sont plus turgescents, plus sinueux. Avec les progrès de la grossesse, outre l'excès de l'afflux sanguin, se manifeste une certaine gêne de la circulation en retour. Les veines qui, chez la femme non grosse, ne se montraient qu'isolées au col de la vessie et à la paroi postérieure, maintenant sillonnent sous forme de bandes bleu pâle toute la face interne de l'organe. Il y a excès en nombre et en volume des vaisseaux. Ce qui frappe le plus, c'est l'hyperémie du col de la vessie: anses vasculaires gorgées de sang au niveau du sphincter interne et réseaux de branches vasculaires irradiées du sphincter et s'étendant sur le trigone. Ramifications vasculaires si étroitement rapprochées qu'elles peuvent — à quelque distance du prisme cystoscopique — paraître confluer en bandes, en faisceaux bleu rouge et en imposer — surtout aux commençants — pour des hémorragies muqueuses.

Les orifices urétérins siègent d'origine dans le milieu de cette zone fortement vascularisée, particularité qui les fait plus difficiles à reconnaître. Une fine fente urétérale peut être masquée par des vaisseaux capillaires. Toutefois, le relief urétéral, très accusé, écarte en général cette difficulté. Il y a là encore comme une sorte d'hypertrophie de grossesse ou, plus exactement, une augmentation de relief due à une turgescence vasculaire exagérée. Au lieu du relief habituel, on constate en certains cas deux lèvres épaisses, ourlant l'orifice urétéral. Le ton fondamental de la muqueuse vésicale, dans l'état de grossesse, est jaune rouge. Brunâtre, pourrait-on dire, en comparaison du ton jaune blanc, « blond » délicat de la vessie des femmes non gravides.

L'auteur signale ensuite les *difficultés qu'apporte dans la technique cystoscopique* le voisinage de l'utérus gravide, par les déformations qu'il cause à la vessie, et montre toutes les précautions, la prudence, qu'en raison de ces conditions anormales, exige le maniement de l'instrument. Il consacre ensuite quelques lignes à la cystoscopie pendant le travail, pour en marquer plutôt le peu d'opportunité, et termine par l'exposé de son application *durant les suites de couches*. Elle est alors facile, écrit Soeckel. L'utérus puerpéral, encore après dix à quatorze jours d'involution, pèse plus lourdement sur la vessie que l'utérus à l'état de vacuité. La vessie tend naturellement à se porter et à s'amplifier vers la droite. Cependant, ces anomalies légères de situation et d'ampliation gênent peu ou pas du tout l'examen.

La rétention d'urine chez l'accouchée est expliquée de façons fort diverses: impossibilité d'uriner dans le décubitus dorsal, insuffisance de la pression abdominale, émoussement du besoin d'uriner par augmentation de la capacité vésicale, coudure, gonflement de l'urètre, etc. Or, ayant pratiqué de nombreux examens cystoscopiques chez des accouchées, l'auteur a constaté des altérations vésicales tout à fait typiques : la vessie, écrit l'auteur, répond aux atteintes traumatiques comme les autres organes, comme les autres régions du corps. Elle est contuse ou comprimée, les parties contuses et comprimées deviennent œdémateuses ; de fines ruptures vasculaires aboutissent à des extra-

vasats sanguins. Plus sévère est le trauma, et plus il laisse des traces manifestes, œdème plus accentué, sugillations plus étendues. On trouve dans toutes les *vessies puerpérales* les mêmes altérations, mais à différents degrés. *Constamment, sans exception, existe une tuméfaction œdémateuse du sphincter*, principalement dans la moitié inférieure, voisine de la paroi vaginale antérieure. La paroi urétrale inférieure ne se continue pas de plan avec le fond de la vessie ; la musculeuse du sphincter ou plutôt la muqueuse qui la recouvre est plissée. Entre les plis œdémateux sont des incisures plus ou moins profondes, en sorte qu'à un grand rapprochement du prisme du cystoscope, on pourrait croire à une tumeur multinodulaire. La couleur du sphincter est changée. Au lieu de rouge net, elle est gris rouge, sans brillant, terne, velvétique. Souvent, la zone sphinctérienne est recouverte d'une couche grise, due à une desquamation épithéliale; l'œdème peut être fort, même très fort, ou léger. En tout cas, l'auteur l'a toujours constaté. Quand les phénomènes compressifs ont été forts (longue durée du travail, interventions, etc.), il y a gonflement œdémateux de la muqueuse dans la zone intermédiaire au bas-fond et à la paroi postérieure de la vessie, ainsi que des hémorragies du bas-fond de la vessie (hémorragies sous-muqueuses, ayant même localisation et même aspect que celles observées après les laparotomies et les grandes opérations vaginales). Or, ces altérations de la vessie seraient, au moins dans la plupart des cas, en relation étiologique avec les douleurs urinaires accusées par les accouchées.

REVUE ANALYTIQUE

Le cystoscope et le cathéter urétéral dans le diagnostic des maladies chirurgicales des reins et des uretères (The Cystoscope and ureter Catheter in the diagnosis of surgical disease of the kidney and ureter). T. Brown, *The med. News*, mars 1905, p. 442.

Dans l'utilisation du cystoscope, il y a à considérer : 1° l'importance des apparences cystoscopiques de l'orifice urétéral pour le diagnostic des affections de la portion de l'appareil urinaire située au-dessus ; 2° les renseignements que, dans ces conditions, le cystoscope peut donner, en tant qu'on s'en sert comme d'un cathéter urétérin.

D'emblée, l'orifice urétéral peut sembler anormal, c'est une saillie ou, au contraire, une dépression qui apparaît sur un de ces côtés. Tantôt, l'ouverture urétérale reste invisible, tantôt elle se montre remarquablement béante. Dans le cas d'une apparence de tumeur, la coloration varie d'une opacité rougeâtre à une blancheur éclatante (cette dernière coloration résultant de l'éclairage de la lampe électrique sur un tissu œdémateux, éclairage qui, par un effet analogue, produit une note rose, centrale, vive si l'examen coïncide avec l'instant de l'émission urétérale). En certains cas, dans l'orifice d'un uretère proéminent, on perçoit un des pôles d'un calcul enclavé ; dans d'autres, on n'aperçoit pas directement le calcul, mais, par l'expérience acquise, et par la constatation de la procidence, de la saillie d'un uretère œdémateux, on est conduit à conclure à la présence d'un calcul. Avec un degré moindre de saillie de l'uretère, mais accompagnée d'une inflammation vaginale du méat urétéral, on peut mettre en cause une infection antérieure du rein. Quand en un point de la zone inflammatoire existe un ulcère, l'idée s'éveille d'une infection spéciale du rein — tuberculose — idée qui s'affirme quand, au lieu d'une distension, apparaissent une rétraction notable et une ulcération irrégulière près de l'endroit où l'on devrait voir l'orifice de l'uretère (ces sortes d'ulcérations présentent de l'hyperémie périphérique et une base assez irrégulière pour rendre le cathétérisme hésitant). Quand des saillies onduleuses de muqueuse rougeâtre, opaque, couvrent le trigone et oblitèrent toute trace de la papille urétérale, et qu'au milieu de cette zone toute trace du méat urétéral a disparu, on peut déduire que les uretères depuis longtemps déchargent sur ces surfaces des produits venant de reins malades (produits irritants, graviers). Un corps ovoïde cernant la muqueuse autour de l'orifice vésical ou de l'orifice d'un des uretères fait songer à quelque néoplasme extra-vésical.

Nature du liquide émis par l'uretère. — Un liquide trouble mêlé de pus ou de sang, une matière muco-purulente ou comme du ciment, peut, quand

elle coexiste avec certains autres signes, constituer une indication chirurgicale; mais, pour dégager la cause des accidents, il faut souvent recueillir les urines anormales pour les analyser, ainsi que celles du rein supposé sain. Les cas d'hématurie traumatique exigent en général la cystoscopie; dans un cas, où on croyait à une rupture de la vessie, ce mode d'infection démontra formellement que l'organe urinaire était intact et que le sang venait de l'uretère gauche.

Cystoscope-cathéter. — C'est à Brenner que revient le mérite d'avoir songé à utiliser le cystoscope comme cathéter. Or, les avantages du cystoscope-cathéter tiennent à trois raisons : 1° aux renseignements fournis par les matières auxquelles il donne issue ; 2° à ceux qu'il procure en tant que sonde exploratrice ; 3° aux images qu'il donne, et qu'on peut rapprocher d'autres images comme celles des rayons X, etc. Suit le résumé d'un certain nombre d'observations qui mettent ces avantages en relief. Enfin, une figure annexée à ce travail figure le cystoscope-cathéter double, avec flacons pour collection séparée des urines, imaginé par l'auteur. R. L.

Ce que deviennent les cellules placentaires par voie d'embolie (Ueber das Schicksal embolisch verschleppter Placentarzellen). SCHMORL, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 5, p. 129.

A maintes reprises, l'idée a été soutenue que les cellules d'un placenta normal emportées par embolie sont susceptibles de transformations progressives (faits de chorio-épithéliome du vagin, du cerveau, d'autres organes paraissant être primitifs). A cette hypothèse émise par Marchand, qu'acceptèrent la plupart des auteurs, Schmorl se rallia, en considération surtout que les cellules placentaires sont des cellules fœtales, partant douées de fortes aptitudes à proliférer. Et pour la contrôler, il jugea indispensables des recherches sur le *devenir* des cellules placentaires embolisées, persuadé qu'en cas d'exactitude de cette hypothèse, on devait rencontrer fréquemment des cellules ou des agrégats de cellules en processus de prolifération. Les pièces qu'il utilisa — *exclusivement les poumons* — provenaient de 150 femmes, mortes à différentes époques de la grossesse et du puerpérium.

Tout d'abord, ce fait se dégagea, que *le déplacement par embolie de cellules placentaires est extrêmement fréquent* (surtout chez les éclamptiques). Puis, que l'embolie de cellules placentaires n'est pas nécessairement fonction de l'acte de l'accouchement, qu'elle peut se produire en dehors de toutes contractions utérines fortes, non seulement vers la fin, mais même dans les premières périodes de la gestation. Toutefois, Schmorl fait remarquer *qu'il n'a constaté de déportations de villosités entières que dans les cas où il y avait eu traumatisme notable du placenta* (accouchement laborieux, prolongé, décollement manuel du placenta, placenta prævia, rupture utérine, etc.) et que, contrairement à une tendance actuelle, *il faut se garder d'identifier embolie de cellules placentaires* et *déportation de villosités*. Ses recherches l'inclinent à considérer plutôt comme exa-

gérée l'importance qu'on paraît, à l'heure actuelle, attribuer au phénomène dit de la *déportation de villosités* (Veit).

En ce qui concerne les résultats des recherches entreprises par l'auteur sur le sort des cellules placentaires embolisées, ces résultats commanderaient plutôt une grande circonspection. Si l'on considère que dans ses recherches, qui portèrent sur les poumons de 150 femmes enceintes ou qui l'avaient été, on ne constata *sûrement*, au niveau des cellules placentaires embolisées, des phénomènes de prolification que dans deux groupes de cas : *a*) 1er *groupe*, deux cas : que, pour ces deux cas, il avait de sérieuses raisons de penser qu'il ne s'agissait pas de placentas normaux, *b*) 2e *groupe*, trois cas : et qu'ici, il s'agissait de cas de môle hydatique à diverses périodes de la grossesse, on comprend que Schmorl, bien qu'avec certaines réserves, soit conduit à formuler cette conclusion : que, vraisemblablement, *les cellules placentaires déplacées par processus embolique et qui sont susceptibles de transformations progressives seraient exclusivement des cellules qui proviennent de placentas pathologiques, de villosités dégénérées dans le sens de dégénérescence vésiculo-môlaire.*

Déportation des villosités et leurs conséquences (Verschleppung von Zotten und ihre Folgen). J. Veit, *Zeitsch. f. Gyn.*, 1904, n° 1, p. 1.

A plusieurs reprises, nous avons déjà eu l'occasion de faire connaître les idées de J. Veit sur un de ses thèmes les plus favoris : *la déportation des villosités*. Voici les conclusions de ce nouveau travail :

« Les conséquences diverses de la déportation des villosités me paraissent, en quelque sorte, subordonnées au mode d'importation des villosités. Les petits amas de syncitium de l'espace intervilleux pénètrent sûrement dans le sang maternel, et je vois dans cette pénétration la cause des modifications spéciales de la grossesse comme aussi un processus important par rapport aux échanges nutritifs du fœtus. Lorsque, de bonne heure, des villosités vivantes pénètrent dans les veines de la sérotine, qui sont situées près de l'espace intervilleux, elles concourent à l'élargissement du lit ovulaire. Viennent-elles à perdre leurs connexions avec la face externe de l'œuf, elles peuvent donner lieu à des polypes placentaires et, plus tardivement, à des adhérences placentaires. Le courant sanguin entraîne-t-il, vers la fin de la grossesse, des villosités dans les veines sérotines, il y a alors production de thromboses. Un paquet de villosités vient-il à obstruer la veine d'un cotylédon ou du sinus circulaire, il y a décollement prématuré du placenta. Quand des portions *vivantes* de villosités détachées d'un œuf à fœtus mort sont importées dans le sang maternel, elles deviennent le point de départ de la môle destructrice ou du chorio-épithéliome malin. La déportation brusque de grandes quantités de villosités aboutit au rein gravidique et vraisemblablement à l'éclampsie.

« La formation des thromboses, la production de l'albuminurie ou de telle autre manifestation de la déportation des villosités dépendent de l'âge, de la vitalité des villosités et du point où elles parviennent. » R. L.

Rupture de l'utérus durant le travail; hystérectomie abdominale. Guérison. (Rupture of the Uterus during labour. Abdominal hysterectomy. Recovery). GRIMSDALE, *The Journ. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, décembre 1903, p. 558.

F... de 27 ans, Vpare, 5 accouchements se succédant à courts intervalles, 2 enfants vivants, 3 enfants morts (ceux-ci ayant présenté des signes de macération et de putréfaction). Au sujet du 5e accouchement, le médecin qui assista la femme écrivit ceci : « Appelé le 14 juin 1903, vers 2 heures après-midi, j'appris que les eaux étaient écoulées. Et comme il n'y avait ni douleurs, ni début de dilatation, je revins le lendemain et trouvai les choses dans le même état. A 9 h. 30, dans la soirée du 15, je constatai que la main gauche pendait à la vulve, la tête fœtale étant dirigée à gauche. Je donnai du chloroforme et me mis en devoir de dilater l'orifice pour faire la version. L'orifice était très rigide, et la dilatation prit un certain temps. Le fœtus était sûrement mort et en état de putréfaction. J'étais en train d'abaisser un pied à travers l'orifice externe du col, quand je sentis qu'il se faisait quelque chose de mal, car, à la partie postérieure de l'orifice externe, je pus sentir une autre ouverture, à travers laquelle une anse intestinale me parut s'engager. L'enfant était en état de décomposition et il eût été facile de le démembrer. En réalité, il fut difficile de l'extraire les pieds les premiers. Enfin, accouchement et délivrance furent terminés. On tamponna le vagin avec de la gaze, et le 16 juin la femme entrait à l'hôpital.» *État à l'entrée* : état grave, pâleur de la face, expression d'angoisse, pouls incomptable, difficilement perceptible. T., 36° ; respiration, 52. Ventre distendu, douloureux. Le tamponnement vaginal est enlevé ; il se produit un léger écoulement de sang. Le col est élevé ; il y a une déchirure dans le cul-de-sac postérieur. *Cœliotomie* : A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une certaine quantité de liquide clair, du sang et quelques caillots. Il y a sur les anses intestinales beaucoup de méconium et de vernix caseosa. Pas de lésion de la vessie. L'utérus est déchiré dans la portion postérieure de son segment inférieur, déchirure oblique, à bords déchiquetés, d'un peu plus de 7 centimètres, s'étendant en bas vers la portion supérieure du vagin, devenant à ce niveau plus horizontale et intéressant le vagin sur environ 2 centimètres. Ablation totale de l'utérus, qui dégage une odeur de putréfaction, des trompes et des ovaires. Le bassin est lavé avec de l'eau et nettoyé avec de la ouate imbibée d'une solution iodo-hydrargyrique. Suture partielle des parois vaginales, avec ménagement d'une ouverture à travers laquelle une bande de gaze réalise un drainage abdomino-vaginal. Fermeture de l'incision abdominale (suture à points séparés au crin de Florence et suture continue à la soie).

Contre l'adynamie post-opératoire, on eut recours aux injections sous-cutanées de strychnine, de digitale et aux lavements de solution salée et alcoolique. La femme, *guérie*, quittait l'hôpital le 21 juillet, un peu plus d'un mois après avoir été opérée.

Au point de vue du meilleur *traitement* des ruptures utérines, l'auteur se déclare en faveur de l'intervention radicale. R. L.

La pathologie du corps jaune (Die Pathologie des Corpus luteum). E. SANTI, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, juillet 1904, p. 76.

Les recherches de l'auteur ont porté sur environ 60 cas. Pour la plupart, il s'agissait d'ovaires extirpés pour les affections les plus diverses des organes génitaux. En quelques cas, l'examen porta sur des ovaires qui, à la nécropsie parurent présenter quelque chose d'anormal et d'intéressant. Toujours les résultats de l'examen macroscopique furent contrôlés par l'étude de nombreuses coupes microscopiques, fréquemment de coupes en séries. L'auteur étudie successivement les états suivants : *hypertrophie du corps jaune; corps jaune et ostéomalacie; calcification du corps jaune; prolifération dentitrique du corps jaune; dégénérescence kystique et kystes vrais du corps jaune; modifications du corps jaune par des hémorragies secondaires*, etc.; *abcès, tuberculose, tumeurs bénignes, modifications fonctionnelles*

Conclusions. — 1° Même en dehors de la grossesse, le tissu à lutéine peut, par l'effet d'un processus phlegmasique, subir une certaine atrophie.

2° De même qu'on admet pour le follicule une dégénérescence kystique et des formations kystiques vraies, on est justifié à établir semblable distinction pour les corps jaunes. La similitude est complète entre ces deux formes pathologiques des follicules et des corps jaunes; leurs conditions étiologiques sont les mêmes.

3° D'après la disposition des diverses couches, on peut distinguer quatre types de kystes du corps jaune, qui reconnaissent des moments étiologiques divers.

4° La couche à lutéine de ces formations présente les mêmes phases de dégénération que la couche à lutéine du corps jaune normal (*dégénérescence fibro-hyaline*); en raison de circonstances diverses, ces kystes peuvent présenter des structures très différentes dans leurs divers segments.

5° Des hémorragies secondaires peuvent se faire dans le tissu du corps jaune et le modifier à un certain degré ; elles peuvent survenir avec la même fréquence que les hémorragies folliculaires et même plus souvent. Ces formations en général ne dépassent pas la grosseur d'une cerise, mais, comme les kystes, elles peuvent, dans leurs divers segments, offrir des différences de structure. Bon nombre des formations décrites comme kystes du corps jaune, particulièrement les volumineuses, c'est-à-dire celles tapissées à l'intérieur d'épithélium, ne sont pas autre chose que des kystes, dont le contenu est devenu secondairement hémorragique.

6° On peut à la vérité rencontrer des abcès du corps jaune, mais ils sont de dimensions très petites; une bonne part des formations étiquetées abcès du corps jaune ne sont, en réalité, que des kystes qui ont subi secondairement des processus pyogéniques.

7° Il existe des tumeurs bénignes et malignes du corps jaune. Les premières sont des fibromes qui vraisemblablement dérivent d'une transformation consécutive d'hématomes du corps jaune. Les dernières, en raison de la matière connective du corps jaune, sont à ranger parmi les sarcomes.

8° Toutes les modifications pathologiques mentionnées peuvent se produire aussi bien dans les corps jaunes de la grossesse que dans ceux de la menstruation ordinaire.

9° Il est impossible, à l'heure actuelle, de préciser quelles connexions existent entre les modifications anatomiques et fonctionnelles du corps jaune, d'affirmer même qu'il y en a. R. L.

Contribution à l'étude des éléments cellulaires situés au niveau de l'insertion du placenta dans la paroi de l'utérus gravide et puerpéral. (Contributo allo studio degli elementi cellulari che si trovano nel punto di inserzione della placenta nella parete dell'utero gravido e puerperale)(1). PINTO (C.), *Annali di ost. e ginec.*, 1905, n° 1, p. 9.

Tant les cellules géantes que les éléments anatomiques plus petits qui.

(1) Travail sur des matériaux recueillis à la *Frauenklinik* de Tubingen, professeur DÖDERLEIN.

soit simplement diminués de nombre, se trouvent encore dans la musculeuse, au niveau de l'aire placentaire, vers la fin de la grossesse, s'y rencontrent également après qu'a été expulsé le produit de la conception et dans les premiers jours du puerpérium. Sept à huit jours après l'accouchement, il est possible de constater des agrégats discrets ; toutefois, on est en droit d'affirmer que, déjà à cette époque, ces éléments anatomiques sont frappés de processus dégénératifs, qui aboutissent à leur disparition. On suit bien ces processus dégénératifs sur les cellules géantes, et sur une même préparation on peut en suivre toutes les phases. Le protoplasma devient homogène, à contours plus ou moins irréguliers, présente des vacuoles ; parfois il affecte un aspect grossièrement granuleux, ou bien se fragmente et finit par se réduire en une sorte de détritus. Les noyaux peuvent devenir de plus en plus pâles, jusqu'à se décolorer entièrement et à se présenter comme des vésicules incolores; mais plus souvent les divers noyaux de la même cellule se réunissent en une masse informe, contractée, de substance chromatique fortement colorée.

Dans les stades plus avancés du puerpérium (du 10e au 17e jour), on ne trouve que de rares restes de cellules géantes, représentées précisément par ces blocs de chromatine entourés d'un espace clair, qui les délimitent des tissus voisins et qui subsistent comme pour marquer la place occupée jadis par le protoplasma, maintenant disparu.

Dans les stades plus reculés du puerpérium, il n'y a plus traces de cellules géantes et des autres éléments.

Toutefois, l'observation XIII du mémoire offre une exception à cette règle : utérus au vingt-neuvième jour du puerpérium qui, assez profondément dans la musculeuse, présente encore par endroits des agrégats assez nets de cellules géantes et de cellules plus petites uninucléées assez bien conservées. L'explication de cette persistance anormale de ces éléments, l'auteur l'a trouvée dans la constatation de résidus placentaires restés fortement adhérents au niveau de ces endroits sièges de ces éléments anatomiques. A l'examen histologique le plus minutieux, ces débris placentaires se montrent réduits à des masses de fibrine renfermant des villosités complètement nécrosées : sur ces villosités, il n'y a plus vestiges de revêtement épithélial (ni éléments syncitiaux ni cellules de Langhans). Fait de nature à embarrasser ceux qui inclinent à donner une origine fœtale à ces cellules encore *in utero* 29 jours après l'accouchement.

De fait, quand on ne trouve plus d'éléments fœtaux au moment de l'examen, on peut en induire que ces éléments fœtaux avaient déjà depuis un long temps perdu la faculté de proliférer et de cheminer; aussi ne pourrait-on s'expliquer pourquoi les cellules géantes, au contraire, conserveraient leur aspect normal *in utero*.

Plus aisée se présente l'explication pour ceux qui, comme l'auteur, admettent que les éléments en question sont d'origine maternelle et représentent une plus forte réaction des tissus utérins au point d'implantation de l'œuf. En fait, on peut bien dire que ces débris placentaires restés dans l'utérus, dès qu'ils sont incapables de proliférer et d'émigrer dans les tissus

maternels, jouent *in situ* le rôle d'un corps étranger qui entretient au sein des tissus utérins cette irritation, par suite de laquelle ses éléments se sont transformés en cellules géantes. Aussi l'auteur voit-il dans ce cas exceptionnel (présence prolongée des éléments en question dans la paroi utérine) la confirmation de son idée : *que ces éléments sont d'origine maternelle et qu'ils ont la signification d'une réaction déciduale.*

Déductions pratiques. — Des recherches de l'auteur, il ressort que les éléments cellulaires situés à une certaine profondeur dans la musculeuse de l'utérus gravide, qu'ils soient d'origine maternelle ou fœtale, disparaissent rapidement dès les premiers jours du puerpérium, si bien qu'après le 7e jour il n'en reste que des vestiges. Mais, qu'en cas de persistance prolongée *in utero* de débris ovulaires, ces mêmes éléments anatomiques peuvent s'y montrer beaucoup plus tardivement, comme dans le cas rapporté plus haut, 29 jours après. Dans ce cas, à l'examen de tissus obtenus par un curettage explorateur, fait, par exemple, à cause d'hémorragies après un accouchement ou un avortement, quand on trouve au milieu des éléments musculaires de la musculeuse utérine de ces cellules géantes, l'idée peut naître qu'il s'agit d'un chorio-épithéliome au début. Mais si, comme le fait paraît bien acquis, ces éléments géants disparaissent — *à condition que l'utérus se soit entièrement évacué* — peu de jours après l'accouchement, il suffira pour lever les doutes de procéder à un second curettage quelques jours après le premier. Car, s'il ne s'agit pas d'un chorio-épithéliome au début, il faut que les cellules géantes aient disparu dans un intervalle de temps que l'auteur évalue d'une semaine à 15 jours au plus. D'autre part, il est probable que certains cas, étiquetés chorio-épithéliomes bénins, ne furent, en réalité, que des exemples de *réaction déciduale persistante, conséquence d'évacuation incomplète de l'utérus* (C. Pinto).

L'auteur écrit comme conclusion : « Je suis convaincu qu'il est impossible, sur les résultats d'un premier curettage pratiqué après un accouchement ou un avortement, d'édifier formellement le diagnostic d'une tumeur issue de l'épithélium chorial. » Au contraire, ce diagnostic peut être fait si, après le premier curettage, on procède à un second et si l'on constate seulement les éléments anatomiques suspects. Dans ce cas, il s'agira, en fait, d'un chorio-épithéliome, qui pourra être de nature soit bénigne, soit maligne. Mais, à l'heure actuelle, pas n'est possible de préciser jusqu'à quel degré sont utilisables les critériums histologiques indiqués par certains auteurs (Vélits., par exemple) pour le diagnostic différentiel des deux formes du chorio-épithéliome.

R. L.

Note histologique sur la mole vésiculaire (Nota istologica sulla mola vesicolare). Frassi (L.), *Annali di ost. e gynec.*, janvier 1905, n° 1, p. 57.

L'auteur a eu à sa disposition 9 cas de môle hydatiforme, qu'il a minutieusement étudiés au point de vue clinique et histologique, s'efforçant de voir s'il existe réellement un rapport intime entre les phénomènes symptomatiques et les altérations anatomiques. Il a étudié attentivement la structure du stroma, ses

diverses formes dégénératives, tâchant par des méthodes spéciales de déterminer sa vraie nature, étudiant enfin la possibilité de proliférations connectives. Il a, dans l'ensemble, cherché à solutionner les questions suivantes :

1° Existet-il dans les vésicules môlaires un tissu connectif, ou bien leur portion centrale est-elle occupée par des produits régressifs de l'épithélium proliféré ?

2° S'il faut admettre une prolifération connective, quelle est la structure du tissu connectif, quelles modifications subit-il, de quelle cause dépendent les altérations ?

3° Comment s'accomplit la prolifération épithéliale ? La prolifération et la régression de l'épithélium peuvent-elles donner lieu à des formes vacuolaires, qui macroscopiquement et microscopiquement peuvent être identifiées à celles des vésicules môlaires?

4° L'examen des môles et l'étude des évolutions cliniques fournissent-elles des notions utiles pour la classification des môles malignes et bénignes ?

Conclusions. — 1° Les vésicules môlaires sont constituées par un stroma qui, par sa structure, sa disposition, ses rapports, son mode de réaction aux réactifs colorants, doit être tenu pour être de nature connective et pourvu d'un épithélium de revêtement. Ainsi, il renferme les éléments constitutifs des villosités. 2° Le stroma ne présente que des phénomènes régressifs, constatables à leurs diverses phases ; dans le tissu épithélial, par contre, s'observent des processus de prolifération et de régression. 3° Anatomiquement et microscopiquement, les altérations môlaires sont dues aux éléments de revêtement, syncitium et couche de Langhans. A côté des processus proliératifs et destructifs de la paroi épithéliale existent toujours des altérations des éléments connectifs. 4° Le processus débute à la périphérie des villosités sous l'influence d'une cause inconnue encore, comme sont inconnues les causes des tumeurs en général. La destruction de la portion centrale des villosités et des masses néoformées est produite par des actions chimico-mécaniques : *a*) action histolytique, propre au syncitium et aux cellules de Langhans, *b*) obstacles à la nutrition des éléments par défaut d'afflux sanguin ou soustraction de plasma. 5° Les stades primitifs de la prolifération syncitiale sont représentés par la formation de petites proéminences qui se détachent du syncitium de revêtement d'une vésicule. Les proliférations syncitiales atteignent parfois des proportions considérables, et dans ces cas les boutons syncitiaux se montrent riches en noyaux. 6° Les cellules de Langhans et le syncitium, en proliférant, forment des amas cellulaires, visibles même à l'œil nu, situés entre les villosités dont ils dérivent. Ces masses, en se développant en dehors, dégénèrent au contraire vers le centre, d'où formation de nombreuses vacuoles, qui, par leur confluence, donnent lieu à des cavités spacieuses de dimensions variables, divisées par de fins trabécules de tissu amorphe. Les vacuoles sont toujours reconnaissables des vésicules de la villosité par leur forme irrégulière et le manque de tissu connectif. 7° Pour des raisons encore ignorées, la prolifération de l'épithélium peut s'arrêter ou rester minime. Fait qui, bien que non absolu, peut permettre un pronostic favorable sur l'issue de la môle.

8° Par la structure des éléments, par leur manière de se comporter vis-à-vis des tissus, chorio-épithéliome et môle hydatiforme ont, histologiquement, un rapport étroit qui pourrait aller jusqu'à l'identité, si la clinique ne démontrait pas la rareté relative du chorio-épithéliome après la grossesse môlaire.

L. R.

Un cas de maladie hydatique (à échinocoques) primitive de la trompe de Fullope (A Caso of Primary Hydatid disease (echinococcus) of the Fallopian tube) W. Eden. Extrait du *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, juillet 1904.

Observation intéressante surtout par le *foyer primitif* de la maladie : *paroi de la trompe de Fallope*. L'examen, macroscopique et microscopique, affirma nettement cette localisation exceptionnelle. La paroi inférieure du kyste hydatique était intimement unie à la paroi supérieure de l'oviducte (union organique, et non simple fait d'adhérences).Il n'y avait pas le plus petit vestige de communication entre la cavité de la tumeur et la lumière de la trompe. D'autre part, il fut impossible de trouver traces du parasite sur n'importe quel autre organe abdominal. Constatation en désaccord avec l'opinion de L. Tait d'après laquelle les hydatides *pelviennes* se développeraient, *toujours, secondairement* à la rupture et à la dissémination de vésicules hydatiques d'autres organes, surtout du foie.

Cette pièce pathologique rare fut enlevée chez une femme de 40 ans, qui fut opérée pour des douleurs qu'elle ressentait depuis plusieurs années dans la région lombaire, le côté gauche du ventre, douleurs qui se compliquaient de palpitations pénibles, et qui parurent être manifestement sous la dépendance d'une tumeur pelvienne, située dans le Douglas, — qu'on pensa être un dermoïde de l'ovaire. C'était en somme l'hydatide à échinocoque tubaire primitif, en question. A l'occasion de ce fait rare, l'auteur retrace très rapidement l'histoire de ces tumeurs et rappelle notamment que le premier travail sur les *hydatides pelviennes* fut publié par Villard, dans les *Annales de gynécologie*, et que d'autre part les deux seuls autres cas, indiscutables à son jugement, d'hydatides *primitives*, l'une de l'ovaire, l'autre de la trompe, sont dus à Péan et à Doléris.

R. L.

Col et segment inférieur de l'utérus (Cervixfrage u. unteres Uterinsegment. O. Schaeffer, *Zent. f. Gyn.*, 1904, n° 19, p. 613.

L'auteur résume ici les conclusions concordantes auxquelles Rosthorn, par l'étude des éléments anatomiques de la question, et lui-même, par celle des matériaux cliniques sont arrivés :

1° Le « segment inférieur de l'utérus » recouvert d'une muqueuse déciduale se distingue, par sa disposition musculaire finement lamellaire, très peu de la

paroi utérine située au-dessus ; au contraire, il se distingue très nettement de la paroi du col, d'une structure très notablement différente (V. Rosthorn) ; la paroi du « segment inférieur » qui existe pendant la grossesse appartient non au col mais au corps de la matrice ;

2° Règle générale, le col conserve jusqu'à la fin de la grossesse sa longueur primitive ; il faut attribuer un raccourcissement notable du col et la formation d'un entonnoir au-dessus de l'anneau de Muller, entonnoir tapissé par une muqueuse identique à la muqueuse cervicale, à une dilatation, un évasement de la portion supérieure du col, effet des contractions dites de grossesse (Rosthorn) ;

3° La démonstration d'une « zone isthmique » (J. Veit) entre le corps et le col avec *muqueuse intermédiaire* sur l'organe en repos permet d'espérer que, par une fixation plus précise de cette notion anatomique et par une étude plus approfondie des modifications gravidiques à ce niveau, on parviendra à éclaircir convenablement cette question difficile et à dissiper un certain nombre de constatations contradictoires en apparence.

En ce qui concerne la signification du « segment inférieur de l'utérus » quand il s'agit de l'utérus en travail, en activité de contraction, *sub partu* pa conséquent, cette signification reste variable suivant qu'il s'agit d'accouchements physiologiques ou pathologiques et, de plus, dans le premier cas, de stades différents de la période de dilatation et de douleurs préalables.

1° La portion de l utérus qui jusque vers la fin de la grossesse reçoit le pôle libre, non adhérent de l'œuf, et qui mérite d'être dénommée « segment inférieur de l'utérus », correspond, *presque toujours*, exclusivement au segment inférieur de l'utérus, *anatomique*, jusqu'à l'orifice interne de l'utérus (Schaeffer).

2° Dans les utérus à parois rigides ou petits (primi ou même multipares), l'orifice interne, vers la fin de la grossesse, est prématurément ouvert, dilaté. C'est là le point de départ d'un phénomène nouveau, celui du « *segment inférieur de l'utérus* » *fonctionnel* (Schaeffer).

3° Suivant la puissance des forces de traction et de pression, les portions les plus inférieures du « canal de traverse » (Durchtrittschlauches) sont mises en forte extension, en sorte que, sous l'influence des douleurs prémonitoires, le « segment inférieur de l'utérus » *fonctionnel*, déjà distendu jusque dans la portion supérieure du col, doit être déjà considéré comme un organe variable, qui comprend des parties diverses, le segment inférieur de l'utérus anatomique et la plus grande portion du col, jusqu'à son insertion directe au niveau des culs-de-sac du vagin (Schaeffer).

4° Le segment inférieur de l'utérus *anatomique* présente une disposition lamellaire de ses fibres musculaires, tandis que le col est principalement formé d'une sorte de feutrage connectif (Schaeffer). Sa limite supérieure n'est pas nette ; elle est indiquée par la disposition individuelle et la condensation des fibres musculaires dans la région intermédiaire au fond de l'organe (Schaeffer).

5° En ce qui concerne la limite inférieure, l'orifice interne, il faut, pour

l'utérus non gravide, le placer au point le plus étroit « d'un isthme », rétrécissement cylindrique ou infundibuliforme, à l'orifice supérieur duquel il existe un épaississement de la paroi, formé par une condensation des fibres musculaires; à ce niveau, c'est la limite entre le « muscle creux » et « le canal de passage »; ce point correspond à l'insertion antérieure fixe du péritoine sur l'utérus.

En ce qui concerne la solution de la question si débattue : y a-t-il au cours de la grossesse, régulièrement, dilatation de l'orifice interne? l'auteur a pensé que l'étude biologique de l'utérus gravide et parturient était susceptible de conduire à des indications sérieuses. Il cite deux cas intéressants, dans lesquels il put constater la formation d'une zone d'extension, mais *au-dessus* de l'orifice interne. Il résume aussi un certain nombre de propositions qui consignent la répartition de la sensibilité dans les différentes zones de l'appareil utéro-vaginal. L R

Sur la question de l'implantation de l'œuf sur l'orifice interne de la matrice (Zur Frage der Eimplantation auf dem inneren Muttermunde). *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 1, p. 4.

Hofmeier a élevé contre la possibilité de l'implantation de l'œuf sur l'orifice interne de l'utérus trois objections, savoir : 1° Avant son encapsulement, l'œuf est trop petit pour que, vraisemblablement, il puisse se fixer sur l'orifice interne; 2° il n'est pas d'observation connue qui mette en évidence, au niveau de l'orifice interne, une coalescence, dans les tout premiers temps de la gestation, de la muqueuse utérine capable de faire voir en ce point une base possible à une formation placentaire; 3° avec pareille implantation de l'œuf, il ne pourrait y avoir formation que d'un *placenta prævia totalis*, dont l'orifice interne de l'utérus représenterait le centre ou à peu près ; mais jamais d'un *placenta prævia* dont un bout recouvrirait l'orifice interne, tandis que l'autre pourrait être en contact avec le fond de l'organe.

Bumm affirme d'abord que, contrairement aux insinuations d'Hofmeier, qu'il aurait représenté dans son livre un œuf et un orifice interne avec des dimensions réciproques possibles, mais de nature à rendre acceptable l'insertion de l'œuf sur l'orifice interne, toutes précautions furent prises pour représenter très fidèlement les choses dans leurs exactes proportions. Il insiste ensuite sur l'extrême petitesse de la lumière utéro-cervicale en général et, en particulier, au niveau de l'orifice interne, où elle se réduit à une minime fente transversale et où paroi antérieure et postérieure viennent si bien en contact qu'un œuf, *si petit soit-il*, peut s'implanter simultanément sur l'une et l'autre paroi, et cela d'autant mieux qu'en cette zone, par la disposition spéciale des éléments musculaires, le tonus qui pousse ces parois l'une vers l'autre est plus fort qu'en n'importe quel autre point du canal utérin. Il reconnaît qu'il n'existe pas de préparation mettant en évidence cette implantation *bi-pariétale* de l'œuf *humain* ; il rappelle que dans le travail de Graf Spee (l'implantation de l'œuf chez le cobaye) il y a la représentation de cette *insertion double de l'œuf sur*

deux points opposés de l'utérus avec coalescence de la muqueuse utérine au-dessous des points d'insertion, qu'on voit encore cette double insertion sur une préparation de Selenka, etc.

Enfin, Bumm ne comprend pas pour quelle raison le placenta d'un œuf, primitivement fixé sur l'orifice interne, devrait toujours être un *placenta prævia totalis*, pour quelle raison, en définitive, il lui serait impossible de se développer plutôt dans telle ou telle direction donnant lieu à un *placenta prævia partialis*.

Sur la durée de la grossesse dans l'espèce humaine (Ueber die Dauer der menschlichen Schwangerschaft). A. Blau et Cristofoletti, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, février 1905, p. 163).

La question des grossesses prolongées a suscité de nombreux travaux. Et cette question, on s'est efforcé de la résoudre de diverses façons. Récemment, V. Winckel s'y est également appliqué, en recherchant la durée de la gestation dans les cas particuliers d'un développement notablement au-dessus du moyen, et il est arrivé à cette conclusion que les grossesses prolongées, que les accouchements en quelque sorte retardés sont d'autant plus fréquents que les enfants sont plus lourds, plus gros. Le travail actuel de Blau et Cristofoletti, établi avec les matériaux de la I et II « Frauenklinik » de Vienne (professeur Chrobak et Schauta), a été mené d'après la même idée directrice. Mais les auteurs ne se sont pas bornés à déterminer la durée de la grossesse (comptée à partir du premier jour des dernières règles, quand ce jour a pu être nettement indiqué), dans les cas d'enfants d'un poids et d'un développement très au-dessus de la moyenne. Mais, ayant réparti les enfants d'après le poids en trois groupes : *a*) enfants de 2.800 à 3.500 grammes ; *b*) de 3.500 à 4.000 grammes ; *c*) de 4.000 et au-dessus, ils ont recherché la *durée moyenne* de la gestation par rapport à ces trois groupes, ce qui leur a permis, par procédé de comparaison, de vérifier plus sûrement la vraisemblance, sinon l'exactitude de la conclusion de Winckel.

« On n'est pas en droit d'affirmer, concluent-ils, par ce seul fait qu'on se trouve en présence d'un enfant particulièrement lourd, qu'il s'est agi d'un accouchement retardé. *Mais, par nos recherches et en accord avec Winckel, nous avons été amenés à cette conclusion qu'indiscutablement il est des accouchements retardés et que le fait est d'occurrence plus fréquente chez les enfants particulièrement lourds que chez ceux qui ne dépassent pas le poids moyen* (1). »

R. L.

Toxémie de la grossesse (Toxœmia of Pregnancy), P. Davis, *The Am. J. of med. Sc.*, février 1905, p. 226.

C'est un exposé des conceptions les plus modernes sur l'étiologie de la toxé-

(1) L'examen dans le détail montre que dans 150 cas la durée moyenne de la grossesse fut de 313 jours ; qu'en particulier, dans 19 cas, elle excéda 330 jours ; pas n'est besoin d'insister longtemps pour montrer l'importance de ces résultats au point de vue médico-légal. R. L.

mie de la grossesse, de l'éclampsie gravidique, avec des déductions thérapeutiques tirées de ces conceptions pathogéniques. L'auteur rappelle qu'on a mis en cause le foie, l'intestin, le rein, qu'on a invoqué une insuffisance de la thyroïde, les altérations du myocarde, l'action nocive exercée par les produits d'origine fœtale, par la pénétration d'éléments sincytiaux dans la circulation, etc., qu'indiscutablement il existe une adultération plus ou moins profonde du sang et qu'en ce qui concerne le traitement il importe d'opposer surtout à cette adultération une hygiène, une diététique convenable. Il faut régler la nourriture, réduire beaucoup, au maximum, les substances indigestes, les aliments azotés, leur substituer du lait pur et frais, des légumes verts, des fruits, supprimer l'acool, conseiller le grand air, des bains réguliers, un exercice modéré, beaucoup de repos, etc. Au point de vue *médicamenteux*, conseiller les laxatifs. Mais, en cas de toxémie aiguë, se rappeler que les purgatifs salins peuvent amener une rapide dissolution et résorption des matières fécales. Le calomel, par contre, serait particulièrement indiqué. Pour produire une diurèse rapide et pour stimuler les processus indispensables de nutrition, donner de l'extrait thyroïdien, qui s'est montré efficace. Pas de plus grosse faute que de traiter la toxémie par l'administration de sédatifs et de narcotiques. Sont utiles en ces conditions : oxygène, purgatifs, stimulation de la peau et grand repos.

En cas de toxémie persistante et s'aggravant, la question de l'interruption artificielle de la grossesse se pose, mais il faut se souvenir que, parfois, cette intervention est cause de shock pour la mère et stimulant de la toxémie. Parmi les *agents prophylactiques* de la toxémie, se rangent les eaux salines, celles de Vichy. En cas de *toxémie imminente*, recourir au large usage des solutions salines normales (hypodermo et entéroclyse), etc.

« La femme qui a été atteinte de toxémie n'est pas hors de danger par la seule terminaison de la grossesse, car elle peut avoir échappé à l'éclampsie et ultérieurement mourir de pneumonie, de syncope cardiaque, d'ictère grave, de débilité générale. L'éclampsie marque seulement une étape dans l'évolution du processus toxémique, dont elle est l'expression la plus intense, mais ne garantit pas la femme contre les autres *alea* de la maladie. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Transactions of the American gynecological Society for the Year, 1904.
Philadelphia, 1904.

Comme chaque année, le volume actuel des comptes rendus de la Société américaine de gynécologie contient un grand nombre de travaux importants.

Les uns, comme le traitement des calculs biliaires par Clark, l'urétérolithotomie par Wesley Bovée, la néphrectomie pour tuberculose par Vineberg, la pyélite compliquant la grossesse par Cragin, le traitement local pré-opératoire par Coe, etc., intéresseront le chirurgien général aussi bien que le gynécologue pur ; d'autres s'adressent plus spécialement aux accoucheurs : la mensuration du bassin et du crâne par King, la dilatation artificielle du col dans les derniers mois de la grossesse par Harris, les contre-indications de l'opération césarienne par Nervell, la décapsulation du rein dans le traitement de l'éclampsie puerpérale par Edebohls, etc. La plus grande partie du volume a trait à des questions de gynécologie ; parmi elles, nous citerons la grossesse ovarienne par Webster, la réparation des déchirures du col par Davis, les déchirures du col par Baldy, la réparation immédiate des déchirures du périnée par Lapthorn Smith, les bains au cours de la menstruation par Clifton Edgar, les indications opératoires dans les fibromes par Noble, la chirurgie de l'urètre féminin par Van de Warker, le traitement de la blennorrhagie par Byford, les rapports de l'appendicite avec les maladies du pelvis par Peterson, le streptocoque en gynécologie par Hunter Robb, l'anatomie, la pathologie et le développement de l'hymen par Gellhorn, les kystes du vagin par Cullen.

Un grand nombre de ces travaux sont accompagnés de belles planches ou suivis d'importantes discussions. Édité, comme les précédents, avec luxe, le volume actuel fait honneur à nos confrères américains.

Les Vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis, par L.-H. Farabeuf. Paris, Masson, éditeur, 1905.

Tous ceux qui s'occupent de gynécologie ou d'obstétrique savent la part importante qui revient au professeur Farabeuf dans l'étude de l'anatomie du bassin. Dans l'important travail qu'il publie aujourd'hui, le maître de l'anatomie française reprend une étude, déjà annoncée autrefois dans la thèse d'un de ses élèves, Léon Cerf, sur les Vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires, du périnée et du pelvis.

Après avoir établi que les organes périnéaux sont séparés des organes pelviens par l'entonnoir musculaire du releveur, que complète au-dessous et en avant le double plancher fibreux uro-génital, Farabeuf nous montre que les vaisseaux du périnée et ceux du bassin sont bien distincts ; ils ont cependant des anastomoses, et l'on peut dire que toutes les anomalies ne sont que des dispositions normales, amplifiées ou amoindries, et ajouter qu'à chaque fine communication artérielle correspondent une ou plusieurs grosses communications veineuses. Car les veines, ici comme ailleurs, sont établies sur le dessin des artères, et il n'y a pas de plexus inextricables.

Dans les deux sexes, la ressemblance des artères vésicales et génito-vésicales est absolue. Un dessin de profil des organes nous fait voir la petite vésicale antérieure montée de la honteuse, les vésicales du dôme descendues de l'om-

bilicale, la génito-vésicale mère de la prostato-vésicale et de la vésiculo-déférentielle chez l'homme, de la vagino-vésicale et de la cervico-marginale chez la femme.

A propos du sexe féminin, une remarque importante est faite. Tandis que l'artère génito-vésicale (l'utérine) s'enracine par de courtes vrilles dans les bords du corps utérin, elle ne s'attache au col que par de longs rameaux flexueux disposés en deux séries : l'une antérieure, l'autre postérieure, de sorte que le col utérin peut, au moment de l'accouchement, se dilater en quelques heures, se déchirer même, de chaque côté, sans rupture d'un vaisseau notable. Cette disposition est commune aux veines et aux artères ; deux dessins comparatifs d'utérus gravides de guenon et de femme montrent nettement qu'il y a, de chaque côté du vagin et de l'utérus, deux plans veineux bien distincts, ainsi que leurs deux collectrices idéalement simplifiées chez l'animal.

Les veines du dôme vésical ne remontent pas aux côtés de leurs artères vers le cordon de l'ex-artère ombilicale, où il n'y a aucun tronc veineux pour les recevoir. Au contraire, les veinules de ce cordon, décrites peut-être pour la première fois, descendent se jeter, comme les veines du dôme, dans les vésicales inférieures.

Voilà donc des veines qui faussent compagnie aux artères homonymes. N'en est-il pas de même sur la verge ?

L'on ne parle, en effet, ordinairement, *in caudâ*, que de la veine énorme sous-cutanée et de la médiane profonde. Cependant l'auteur a injecté deux veinules satellites de chaque artère dorsale du pénis et du clitoris.

Voici quelques autres conclusions de l'auteur :

Les bulbes de la femme sont, comme ceux de l'homme, des organes périnéaux et ne doivent pas être appelés bulbes du vagin.

Il existe un feuillet prévésical autonome, etc.

On peut voir, par cette courte analyse, les nombreux aperçus nouveaux qu'on trouve dans ce travail.

Si nous ajoutons qu'il contient de nombreuses planches dessinées d'après nature par l'auteur et constituant un véritable atlas, on comprendra que cet ouvrage a sa place marquée dans la bibliothèque de tous ceux qui s'intéressent à l'anatomie gynécologique.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

G. STEINHEIL, Éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

VIENT DE PARAITRE

TRAITEMENT

DU

CANCER DE L'UTÉRUS INOPÉRABLE

Par le Docteur RÉCAMIER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris ; ancien aide d'Anatomie à la Faculté, Chirurgien de l'Hôpital libre Saint-Michel.

Un vol. in-8 carré de 214 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Ce livre, écrit avec méthode et clarté et avec beaucoup de souci de l'exactitude par un homme ayant l'expérience de la question, peut rendre les plus grands services au praticien, souvent en complet désarroi et trop prompt au découragement en face des rancœurs de la maladie en question.

Tout ce qui a été proposé de raisonnable pour soulager les malheureuses qui en sont atteintes est passé au crible d'une judicieuse critique. Après avoir abordé les *indications de l'hystérectomie*, l'auteur expose d'une facon très complète, dans ce qu'elle a de spécial au cancer utérin, *la technique du curettage* et des *divers procédés de cautérisation ignée et chimique*. Mais nous recommandons tout particulièrement la lecture des pages relatives aux *pansements*, au *traitement palliatif des fistules, de l'incontinence, de la douleur, de l'urémie et de l'anurie*, au *traitement général*, à *l'hospitalisation* et enfin à *l'action morale du médecin*. C'est dans cette seconde moitié de l'ouvrage que l'auteur donne vraiment sa note personnelle. On chercherait vainement ailleurs un ensemble de conseils aussi directement pratiques.

TRAVAUX DE CHIRURGIE ANATOMO-CLINIQUE

Par Henri HARTMANN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

DEUXIÈME SÉRIE. — **VOIES URINAIRES — TESTICULE**

Statistique du service Civiale, par HARTMANN. — Les tumeurs de la capsule surrénale, par HARTMANN et LECÈNE. — Etude sur les tumeurs solides du rein, par LECÈNE. — Kystes du rein, par HARTMANN. — De la conduite à tenir en présence d'une déchirure de la veine cave au cours de la néphrectomie, par HARTMANN. — Quel est le meilleur moyen d'étudier la manière dont se fait l'évacuation du contenu des reins ? par HARTMANN. — Anatomie des glandes bulbo-uréthrales, par P. LEBRETON. — Note sur un cas de kyste développé aux dépens d'une glande bulbo-uréthrale, par HARTMANN. — Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine, par HARTMANN. — L'épithélioma primitif de l'urèthre prémembraneux chez l'homme, par LAVENANT. — Tuberculose de l'urèthre simulant un néoplasme, par LECÈNE et PRAT. — Etude sur la tuberculose expérimentale du testicule, par CH. ESMONET. — Technique des orchites expérimentales par voie artérielle spermatique, par CH. ESMONET. — Hydrohématocèle en bissac infectée de dimensions énormes, par HARTMANN. — Note sur la bactériologie des vaginalites aiguës, par HARTMANN, ESMONET et LECÈNE. — Note sur l'histologie de l'épididymite blennorrhagique, par B. CUNÉO.

1 vol. in-8 grand-jésus de 340 pages avec 105 figures. Prix : 15 francs.

Paru précédemment :

PREMIÈRE SÉRIE. — **Voies urinaires. Estomac.** — Avec la collaboration de MM. B. CUNÉO, DELAAGE, P. LECÈNE, LEROY, G. LUYS, PRAT, G.-H. ROGER, SOUPAULT. Un vol. in-8 grand-jésus de 360 pages avec 113 figures dans le texte. Prix : 15 francs.

Supplément aux *Annales de Gynécologie*. — Mai 1905.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De l'apiol.

L'apiol est le principe actif de la semence de persil, dont les propriétés emménagogues sont incontestables et reconnues par la plupart des auteurs qui l'ont étudié (Bouchardat, Bouchut, Siredey, etc.). Cette action est utilisée surtout dans la dysménorrhée, quand celle-ci doit être traitée, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une inflammation de l'utérus ou des annexes. L'indication principale est fournie par les règles douloureuses des jeunes filles, dont la *Gazette hebdomadaire* a étudié le traitement dans un article récent. Ajoutons que l'apiol se serait montré efficace dans les fièvres intermittentes de moyenne intensité (Manquat).

Doit-on donner le nom d'apiol au liquide oléagineux, non volatil, d'une coloration variant du jaune ambré au vert et même au vert brun, de saveur âcre et piquante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme ? Ou bien ce liquide n'est-il autre chose qu'un produit complexe, dans lequel on peut isoler un principe actif cristallisable ? Ce sont là des points qui ne sont pas encore définitivement tranchés et sur lesquels les opinions des chimistes varient avec leurs pays d'origine.

Tandis que l'apiol liquide semble ou plutôt semblait, il y a encore peu d'années, prévaloir en France et en Belgique, en Allemagne, au contraire, l'apiol cristallisé est adopté à l'exclusion des autres formes sous lesquelles il peut être obtenu.

La caractéristique de ce désaccord est fournie par ce fait assez curieux que quelques fabricants allemands qui, dans leur préparation de l'apiol, obtiennent le principe cristallisé à côté du principe liquide, se réservent le premier pour les besoins de la consommation allemande et livrent à la consommation française le principe liquide, qu'ils ne peuvent écouler chez eux.

Si l'on admet l'opinion qui prédomine en Allemagne et à laquelle de sérieux travaux des chimistes allemands ont ajouté un regain d'intérêt (*Annales de Merck*, 1896-98). l'apiol, chimiquement pur, serait un corps cristallisé en aiguilles blanches, fusibles à + 30°, bouillant vers + 300°, et, comme l'apiol liquide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et le chloroforme.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une façon bien formelle sur les données contradictoires fournies par la pharmacopée franco-belge d'une part, la pharmacopée allemande d'autre part. Le mieux est donc d'augurer, non de telle ou telle constitution chimique, mais seulement des effets thérapeutiques qu'on en a obtenus. Ici encore la clinique reste souveraine et c'est à elle qu'il faut s'en rapporter pour faire un choix entre les deux produits.

Or une expérience de plus de dix années semble établir que l'apiol cristallisé réunit au plus haut degré toutes les qualités requises de cette substance. Mais, pour cela, il est nécessaire que la préparation pharmaceutique soit obtenue de telle manière que les principes utiles de la semence de persil, cristallisables ou non cristallisables, s'y trouvent associés, à l'exclusion des substances féculentes ou résineuses dont il convient de débarrasser l'apiol. Leur présence modifie même le poids spécifique de l'apiol liquide, qui tombe au fond de l'eau ou surnage, selon les éléments étrangers qui peuvent s'être introduits ou maintenus dans la préparation par les dissolvants employés au traitement de la semence de persil.

Sans doute, la question est encore à l'étude ; mais, comme le produit cristallisé a une action thérapeutique absolument identique au produit huileux complexe connu sous le nom d'apiol, *le praticien devra toujours prescrire de préférence l'apiol cristallisé*, qui lui donnera les garanties de pureté qui font défaut à la forme liquide dont la coloration, le poids spécifique varient avec les méthodes de préparation.

L'apiol s'emploie à la dose de 25 à 75 centigrammes par jour sous forme de capsules gélatineuses de 15 centigrammes de substance active *en solution huileuse*. C'est le seul mode pratique d'administration.

L'Usine Française (Goy et Cie) est la seule qui prépare cet apiol cristallisé, de pureté certaine.

DE LA SUPÉRIORITÉ DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE SUR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Par HENRI HARTMANN.

Une communication, faite par notre collègue J.-L. Faure, sur les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale a permis à un certain nombre de membres de la Société obstétricale et gynécologique de Paris d'exposer leur opinion actuelle sur cette question. Les communications faites ont montré que, dans ces dernières années, la voie abdominale a régulièrement gagné du terrain. Les partisans les plus déterminés de la voie vaginale en ont restreint les indications; quelques-uns de nos collègues, Routier, Delbet, Legueu, l'ont même à peu près complètement abandonnée.

C'est qu'à la suite de la substitution de l'asepsie à l'antisepsie et des perfectionnements apportés à la technique (1), le pronostic des opérations abdominales s'est amélioré à un degré tel, qu'actuellement l'*hystérectomie abdominale semble notablement plus bénigne que l'opération vaginale.*

Si, au lieu de se borner à un défilé d'une série de professions de foi sans statistiques à l'appui, la discussion de la Société obstétricale avait amené la publication à la tribune de la série intégrale des opérations pratiquées par les divers orateurs qui ont pris la parole, le fait serait apparu, croyons-nous, d'une manière indiscutable. Comme il nous semble que le seul moyen d'entraîner la conviction, c'est d'apporter des faits, nous publierons ici les chiffres que nous avons apportés au cours de la discussion et qui, mieux que tous les raisonnements et tous les à priori, permettront de se faire une opinion.

Annexites. — Après avoir été, au début, hostile à l'hystérectomie vaginale, qui me semblait aveugle, opinion peut-être exagérée, mais qui, en tout cas, exposait, lors de diagnostic erroné, à une opération né-

(1) HARTMANN, Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire. *Annales de gynécologie*, 1899, t. I, p. 146.

cessairement mutilante, j'ai, entraîné par les vigoureux plaidoyers de Segond et par les travaux de Richelot, adopté pendant quelque temps la voie vaginale. Je n'étais du reste pas absolument satisfait de ce que j'obtenais par mes opérations abdominales, non pas que les résultats immédiats fussent mauvais, mais parce qu'il me semblait que les résultats éloignés de l'opération abdominale étaient, dans un certain nombre de cas, défectueux.

Après l'opération pratiquée suivant le mode ancien de Tait, ablation bilatérale des annexes au-dessus d'une double ligature à la soie entrecroisée, je revoyais des malades qui souffraient et qui se plaignaient. Les examinant avec soin, je constatais que les unes souffraient de leur utérus gros, douloureux et suintant, et que d'autres présentaient des noyaux inflammatoires douloureux au niveau des pédicules.

L'opération vaginale, supprimant toute ligature, enlevant en même temps l'utérus, organe inutile et source de troubles divers, devenait théoriquement supérieure. Ses défenseurs en disaient, du reste, merveille et très justement soutenaient qu'elle donnait des résultats meilleurs que l'ancienne opération abdominale. Je fis donc l'hystérectomie vaginale.

Je l'ai pratiquée sur 43 femmes atteintes de lésions bilatérales manifestes, 21 fois suppurées, 22 fois non suppurées. J'eus 40 guérisons et 3 morts. Les suites éloignées furent incontestablement supérieures à celles observées chez les malades opérées par la voie haute. Quelques opérées souffraient cependant. C'est que l'ablation n'avait pas toujours été totale et que, dans quelques cas, j'avais dû laisser en place tout ou partie des annexes.

Trente-trois fois l'ablation de l'utérus et des annexes avait été totale, 7 fois l'ablation des annexes avait été incomplète, 3 fois l'utérus seul avait été enlevé. Or, parmi les femmes qui avaient subi une ablation incomplète, quelques-unes conservaient des douleurs, et au palper bimanuel on retrouvait de petites nodosités douloureuses. J'ai même, il y a 7 ans, dû enlever secondairement par l'abdomen une portion d'ovaire adhérente et extrêmement douloureuse, restée en place après une hystérectomie vaginale faite par notre regretté collègue Bouilly, qui avait cependant une grande pratique de cette opération.

Les résultats n'étaient donc pas toujours parfaits.

Aussi les opérations abdominales s'étant notablement perfectionnées, la ligature isolée des vaisseaux, l'autoplastie pelvienne, l'ablation de

l'utérus supprimant les causes de douleurs que nous avions constatées chez nos opérées suivant le mode abdominal ancien, nous sommes revenu à la voie haute, que nous n'avons plus abandonnée depuis la fin de l'année 1896.

Richelot nous dit « qu'en opérant par l'abdomen, il y a des cas où l'on est à la merci de la virulence extrême du pus; tandis que par la voie basse il dépend du chirurgien, dans une très large mesure, d'éviter l'inoculation ». Je réponds, quoi qu'en pense mon ami Faure (mes 294 observations consécutives sont là pour le prouver), qu'il dépend du chirurgien d'éviter l'inoculation par la voie haute, en limitant très exactement le champ opératoire avec des compresses stérilisées et en n'avançant que sous le contrôle de la vue, ce qui est facile avec la position élevée du bassin et une bonne anesthésie.

A part quelques foyers purulents à évolution rapide, marchant comme des abcès, cas où j'ai commencé par pratiquer une colpotomie, colpotomie qui quelquefois a suffi pour amener la guérison, qui d'autres fois a été suivie d'une opération abdominale radicale, et qui toujours a constitué opératoirement un succès, qui par conséquent n'a pas grevé la statistique d'une mort, j'ai toujours opéré par la voie abdominale depuis le 1er septembre 1896.

Les résultats de cette série (1er septembre 1896 à 1er juin 1905) ont été les suivants :

Sur 201 opérations abdominales pour lésions inflammatoires des annexes, j'ai eu 3 morts, soit 1,49 p. 100 de mortalité.

Ces 201 cas se décomposent en :

139 castrations abdominales, totales ou subtotales, pour lésions bilatérales (98 suppurées, 41 non suppurées), avec 2 morts par péritonite : 1 dans un cas de lésions suppurées, 1 dans un cas de lésions non suppurées, soit une mortalité de 1,44 p. 100 ; 5 fois à la castration abdominale totale avait été jointe l'ablation de l'appendice.

62 ablations unilatérales d'annexes (16 suppurées, 46 non suppurées), quelquefois combinées à une opération plastique sur la trompe opposée (8 fois), à une ablation d'appendice enflammé (7 fois), ou à un redressement et à une fixation de l'utérus (11 fois). Ces 62 cas ont donné 61 guérisons, 1 femme est morte avec de la parotidite et des accidents pulmonaires sans rien du côté de l'abdomen, soit une mortalité de 1,61 p. 100.

Dans une série d'opérations antérieures, du 1er janvier 1893 au

1er septembre 1896, j'avais eu 3 morts sur 93 opérations pour annexite, soit une mortalité de 3,22 p. 100. Ma statistique s'est donc notablement améliorée.

Le total des 234 opérations consécutives que je vous apporte me semble suffisant pour répondre à l'objection qui consisterait à dire que dans un temps donné je n'ai eu qu'un petit nombre de cas à grande virulence. Il résulte de ces relevés que dans les annexites l'opération abdominale est très supérieure dans ses résultats immédiats à l'opération vaginale.

Il en est de même des résultats éloignés. Ils sont excellents pour nos malades opérées depuis la fin de 1896, époque où nous avons supprimé l'utérus et les gros moignons, où nous avons fait la ligature isolée des vaisseaux et reconstitué avec soin le péritoine pelvien, pratiquant déjà, il y a neuf ans, l'autoplastie péritonéale du petit bassin, sur laquelle on a, depuis lors, beaucoup écrit.

Après de semblables opérations, le petit bassin est absolument net, le péritoine se réfléchit du rectum sur la vessie, comme s'il avait toujours été ainsi. La surface de la séreuse pelvienne est lisse, régulière, comme on peut s'en assurer sur une pièce, que nous avons présentée en février dernier à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, et qui provenait d'une malade, morte de cancer gastrique à marche rapide, 8 mois après une castration abdominale totale pour annexite suppurée. On croirait, en regardant cette pièce, qu'il n'y a jamais eu d'utérus ni d'ovaires : toute trace de l'opération a disparu ; il semble que le péritoine se soit congénitalement continué du rectum sur la vessie. Cet état anatomique explique bien les résultats cliniques, l'absence de tout phénomène douloureux après l'intervention.

En présence de ces faits, je crois devoir continuer à pratiquer d'une manière exclusive, et sans faire de distinction entre les cas, l'opération abdominale, qui me semble, avec notre technique actuelle, présenter sur l'opération vaginale une supériorité manifeste, tant au point de vue des résultats immédiats qu'à celui des résultats éloignés.

Fibromes. — Sur le traitement des fibromes, il n'y a, quand l'ablation de l'organe est inévitable, plus de discussion. M. Richelot lui-même écrit que « les procédés d'hystérectomie abdominale qui se partagent la faveur des chirurgiens sont d'une précision et d'une sécurité que la méthode rivale n'a jamais dépassée ». Je suis absolument de son avis et ne m'arrêterai pas sur cette indication de l'hystérectomie abdominale.

Faure, tout en étant partisan de l'hystérectomie abdominale, admet que pour les petits fibromes l'idée d'avoir plus tard une malade guérie sans cicatrice le pousse quelquefois à pratiquer l'hystérectomie vaginale. Je ne fais pas cette concession. Toutes les fois que l'ablation de l'utérus me semble nécessaire, je pratique l'hystérectomie abdominale. Depuis septembre 1896 j'ai fait 77 hystérectomies abdominales, totales ou subtotales, pour fibromes : je n'ai eu qu'une mort, soit une mortalité de 1,42 p. 100. Mon seul insuccès a trait à un gros fibrome inclus dans les ligaments larges, accompagné de troubles vésicaux et mort d'urémie. Il n'y avait pas à discuter pour lui l'hystérectomie vaginale.

Épithélioma. — Je n'ai fait, dans ces dernières années, que peu d'interventions dites radicales pour épithélioma : 4 hystérectomies abdominales, 2 vaginales et 1 vagino-périnéale, toutes guéries. La fréquence des récidives, que j'avais observée autrefois après l'hystérectomie vaginale, a beaucoup refroidi mon ardeur dans le traitement de cette redoutable maladie ; le simple curettage suivi d'une cautérisation énergique m'a donné des résultats à peu près équivalents, au point de vue survie, à ceux de l'hystérectomie.

Aussi ai-je beaucoup restreint les indications de cette opération. Lorsque l'hystérectomie est décidée, ce qui me guide dans le choix de la voie d'accès, ce sont les conditions anatomiques spéciales de la malade à opérer. Chez les grosses femmes à paroi abdominale surchargée de graisse, je préfère la voie vaginale ; chez celles à vagin étroit, scléreux, je préfère la voie abdominale. Enfin, chez une femme à paroi abdominale surchargée de graisse et à vagin étroit, j'ai fait une hystérectomie vaginale après dédoublement du périnée et ouverture du vagin en arrière. Comme point spécial de technique, je commence toujours par un curettage et une cautérisation du cancer par le vagin.

Je suis absolument de l'avis de Segond, de Routier, de Richelot sur l'inutilité de la recherche des ganglions : ceux-ci sont, du reste, souvent sains au microscope, comme j'ai pu m'en assurer récemment encore chez une cancéreuse morte, avant l'opération, d'hémorragie cérébrale ; l'autopsie, faite avec le plus grand soin par mon interne Lecène, a montré l'intégrité histologique des ganglions (1). Le danger pour le cancer du col est surtout dans le vagin, c'est du côté de celui-ci et dans la partie immé-

(1) HARTMANN et LECÈNE, Les propagations ganglionnaires dans le cancer du col de l'utérus, *Ann. de gynéc.*, mars 1905, p. 175.

diatement adjacente du paramètre que j'ai observé les récidives après les hystérectomies vaginales, que je pratiquais volontiers autrefois.

Aussi je crois que, s'il y a lieu d'étendre de nouveau le terrain de nos opérations dans l'avenir, ce n'est pas du côté des ganglions qu'il faut diriger nos efforts, c'est du côté du paramètre et du vagin. Je suis décidé, lorsque l'occasion se présentera, à recourir à l'opération de Wertheim plus ou moins modifiée, ablation par l'abdomen de l'utérus avec la plus grande partie du paramètre et l'extrémité supérieure du vagin.

Infection puerpérale. Prolapsus. — Je n'ai pratiqué que deux fois l'hystérectomie abdominale pour *septicémie puerpérale ;* dans les deux cas, mes malades sont mortes. L'une avait une pleurésie purulente, l'autre avait une septicémie générale : aucune ne présentait de traces d'infection péritonéale à la suite de l'opération. Aussi me crois-je en droit de ne pas attacher autant d'importance que le fait notre collègue Faure au danger de l'infection abdominale quand on recourt à la voie haute. Je préfère d'autant plus cette dernière que l'hystérectomie vaginale est dans de pareils cas, comme l'a fort bien indiqué Segond, difficile et dangereuse, à cause de la friabilité des tissus et du danger de l'hémorragie.

Quant à l'hystérectomie vaginale pour *prolapsus*, j'y ai eu recours un certain nombre de fois. L'allongement sus-vaginal du col, la vascularité quelquefois exagérée des tissus péri-utérins rendent l'opération moins simple qu'on le croirait à priori; aussi, dès qu'il y a augmentation notable du volume de l'organe (petits fibromes par exemple), je recours à la voie haute, d'autant qu'elle permet de fixer solidement le moignon dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Quelle que soit la voie adoptée, le point important est de faire une bonne plastique vagino-périnéale.

Comme on le voit par l'exposé de notre pratique, **l'hystérectomie vaginale ne trouve, pour ainsi dire, plus d'indications, et l'opération abdominale lui semble supérieure, tant au point de vue immédiat qu'au point de vue éloigné, dans la presque totalité des cas.**

LA CALCIFICATION DES FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS

Par **G. PIQUAND**, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, prosecteur provisoire à la Faculté de médecine.

La dégénérescence calcaire des fibro-myomes utérins est assez fréquente; d'après les statistiques que nous avons réunies (1), elle se rencontre dans environ 3 p. 100 des cas. Une seule condition étiologique semble avoir une réelle importance, c'est l'âge des malades ; la calcification, rare avant quarante ans, apparaît le plus souvent aux environs de cinquante ans, c'est-à-dire à peu près au moment de la ménopause.

Anatomie pathologique. — La calcification atteint presque exclusivement les fibromes interstitiels et sous-péritonéaux, rarement les fibromes sous-muqueux : la dégénérescence calcaire des polypes est exceptionnelle ; nous avons cependant pu en observer un cas. Le volume des fibromes calcifiés est très variable ; on a vu des fibromes calcifiés pesant jusqu'à 35 livres, mais c'est là une exception ; d'ordinaire, ils ne dépassent guère la grosseur d'une tête de fœtus.

L'infiltration calcaire des fibro-myomes se présente sous deux formes principales :

1° *Calcification à début central* ;

2° *Calcification à début périphérique*.

Calcification a début central. — Elle constitue de beaucoup la variété la plus fréquente; nous avons pu observer 6 cas, qui nous permettent de décrire à peu près complètement les diverses phases de la calcification des myomes. A un premier stade, la calcification débute par le dépôt de granulations calcaires, qui infiltrent le tissu du fibrome ; ces granulations, en nombre très variable, sont petites, ne dépassant guère le volume d'un grain de chènevis.

Plus tard, les dépôts calcaires augmentent de volume et arrivent à se

---

(1) Pour l'historique, la bibliographie et les observations, voir : G. Piquand, *les Dégénérescences des fibro-myomes de l'utérus* (Paris, 1905, p. 31. G. Steinheil, éditeur).

souder de façon à former des travées irrégulièrement anastomosées, qui sillonnent le tissu du myome ; ces travées augmentent sans cesse de volume et finissent par se réunir au centre de la tumeur, formant un noyau central complètement calcifié, d'où partent des travées qui s'étendent plus ou moins loin vers la périphérie du fibrome.

A une période plus avancée, la tumeur tout entière est infiltrée de sels calcaires et présente une coloration blanche ou blanc jaunâtre, un aspect granuleux, une consistance très dure.

Le simple examen à l'œil d'une section de la tumeur permet de constater qu'elle est formée par une sorte de réseau ou de stroma renfermant des granulations.

Le stroma présente une coloration blanchâtre ; beaucoup moins dur que le reste de la tumeur, il se laisse assez facilement pénétrer par un instrument tranchant, lorsqu'on le scie ou qu'on le coupe ; on voit qu'il est formé par un tissu fibrillaire assez facile à dissocier, infiltré de sels calcaires, qui s'effritent sous le tranchant de la scie en formant une poussière blanchâtre.

Les granulations logées dans les mailles de ce stroma ont un volume variant d'une tête d'épingle à un pois ou même davantage ; irrégulièrement arrondies, de coloration blanc jaunâtre, elles sont extrêmement dures et se laissent très difficilement sectionner. Lorsqu'on scie la tumeur, la plupart des granulations s'énucléent au niveau de la coupe, quelques-unes seulement se laissent diviser ; leur surface de section, blanche, bien unie, semble formée par l'agglutination d'une infinité de grains extrêmement petits, rappelant l'aspect d'un morceau de plâtre fin.

A un dernier stade, la calcification devient complète et envahit uniformément tous les éléments de la tumeur ; celle-ci perd son aspect granuleux ; sur les coupes, elle présente une section blanc jaunâtre, lisse, polie, extrêmement dure, rappelant l'aspect du tissu osseux éburné.

2° Calcification a début périphérique. — La calcification à début périphérique est plus rare que la calcification à début central, nous n'en avons observé qu'un seul cas (1) :

Obs. 1. — Il s'agissait d'une volumineuse tumeur utérine, dont la consistance extrêmement dure avait permis le diagnostic de fibrome calcifié, et qui fut enlevée par hystérectomie subtotale. A l'examen des pièces, on trouva un fibrome de la grosseur d'une tête de fœtus, entouré par une coque calcaire de

(1) Observation inédite recueillie dans le service de M. Quénu (février 1905).

3 à 4 millimètres d'épaisseur : le tissu fibromateux contenu dans cette coque présentait une couleur brunâtre, feuille morte, d'autant plus foncée qu'on se rapprochait davantage de la coque calcaire. A l'examen histologique, on trouva du tissu fibreux avec des fibres musculaires lisses atrophiées et très difficilement colorables par les réactifs, surtout vers la périphérie de la tumeur ; les vaisseaux sont extrêmement peu abondants, ils manquent même complètement sur les coupes faites dans le voisinage du tissu calcifié.

Nous avons pu trouver seulement 17 observations analogues de fibromes entourés d'une coque calcaire périphérique plus ou moins complète.

Lorsque la calcification débute par la périphérie du myome, elle se montre, comme la calcification à début central, sous forme de plaques irrégulières bien colorées par les réactifs (éosine ou safranine, qui permettent de les distinguer facilement des tissus avoisinants ; plus tard, ces plaques s'unissent de manière à former une sorte de gaine ou de coque calcifiée qui entoure le tissu fibromateux; arrivée à ce stade, la calcification peut évoluer de plusieurs façons.

Parfois le processus de calcification continue à évoluer : il se forme une série de couches calcaires concentriques, qui infiltrent peu à peu le tissu fibro-myomateux et finissent par l'envahir dans sa totalité ; ces cas de calcification totale, à début périphérique, sont exceptionnels, le tissu calcifié n'est presque jamais homogène, mais, au contraire, présente des caractères variables suivant la partie considérée. Si on l'examine sur une coupe, on voit qu'il est formé par une série de travées concentriques, les travées périphériques très épaisses, très fortement calcifiées, constituant une sorte d'enveloppe plus ou moins épaisse, tandis que les travées centrales, beaucoup moins dures, sont séparées par des intervalles qui leur donnent un aspect spongieux et aréolaire. L'ensemble rappelle assez bien l'aspect d'une tige de sureau vue à la loupe avec son écorce périphérique et sa moelle centrale.

Beaucoup plus souvent, la calcification est moins complète et se borne à la formation d'une coque calcaire périphérique plus ou moins épaisse, sans envahir la partie centrale du fibrome.

Le tissu fibro-myomateux contenu dans cette coque présente fréquemment des altérations, parfois il est infiltré de granulations calcaires, comme dans un cas rapporté par Cruveilhier. Plus souvent, il présente des lésions de nécrobiose plus ou moins complète en rapport avec la gêne de la circulation ; sur les coupes de notre observation, le tissu

myomateux contenu à l'intérieur de la coque calcaire présentait des lésions de mortification d'autant plus prononcées qu'on se rapprochait davantage de la coque calcifiée; le tissu situé au centre renfermait encore des vaisseaux et des éléments anatomiques distincts; à mesure qu'on s'éloignait des vaisseaux nourriciers du centre pour se rapprocher de la coque périphérique, ce tissu prenait la coloration brunâtre, feuille morte, caractéristique de la nécrobiose. A l'examen microscopique, on ne trouvait plus aucun vaisseau, aucun élément anatomique vivant. Terrier (1), Jacobs (2), Potherat (3) ont rapporté des cas absolument analogues de fibromes entourés d'une coque calcifiée dont le tissu présentait des lésions de nécrobiose.

Les myomes complètement calcifiés, ou bien entourés d'une coque calcifiée périphérique, présentent habituellement une surface extérieure irrégulière donnant naissance à une multitude de rugosités, de crêtes, de prolongements, qui s'enfoncent dans les tissus avoisinants et peuvent entraîner diverses complications.

Matthews Duncan (1867) (4) rapporte l'observation d'une malade morte de péritonite. A l'autopsie, on trouve dans la paroi utérine un fibrome calcifié sous-séreux extrêmement irrégulier. Le péritoine présente à son niveau deux déchirures produites par la pression des crêtes calcaires, qui se détachent de la tumeur; ces déchirures semblent évidemment être la porte d'entrée de l'infection péritonéale.

Staude (1897) a observé un utérus renfermant trois fibromes calcifiés; le plus superficiel, placé immédiatement sous le péritoine, envoyait dans tous les sens une foule de prolongements calcaires; l'un des prolongements s'avançait jusqu'au rectum, auquel il adhérait si intimement qu'en le libérant l'opérateur déchira la paroi rectale.

Dans un cas de Hennig (5), des prolongements calcaires, venant d'un fibrome calcifié, comprimaient les uretères.

Histologie. — Quel que soit le degré de calcification, les coupes présentent toujours un stroma fibro-myomateux renfermant des plaques calcifiées.

---

(1) In Guibé, *De la calcification des fibro-myomes utérins*. Thèse de Paris, 1901. G. Steinheil, éditeur.

(2) Jacobs, *Soc. belge de gynéc. et d'obst.*, 1897.

(3) Potherat, *Société de chirurgie*, juin 1903.

(4) Duncan, *Edinburgh med. Journal*, 1867, vol. XIII, p. 179.

(5) Hennig, *Centralblatt f. Gynæk.*, s. 1145, 1896.

Le stroma présente un aspect assez variable suivant que le processus de calcification est plus ou moins avancé; dans les cas d'infiltration calcaire au début, ce stroma est formé par du tissu fibro-myomateux banal renfermant des fibres musculaires de nombre et d'aspect normal. Lorsque la calcification devient plus complète, le stroma se réduit à de simples travées séparant les plaques calcaires; en même temps, sa structure change, les fibres musculaires disparaissent, les vaisseaux diminuent et les travées de plus en plus étroites ne sont plus composées que par des fibres conjonctives renfermant quelques vaisseaux. Enfin, dans les cas de calcification complète, le stroma, à peine différent des plaques calcaires, est formé par un tissu absolument amorphe par endroits, vaguement fibrillaire en d'autres, complètement infiltré de sels calcaires.

Les plaques calcifiées contenues dans ce stroma présentent toutes un aspect identique, quelles que soient leurs dimensions. Examinées à un faible grossissement, elles paraissent absolument homogènes; examinées à un fort grossissement, elles paraissent granuleuses, sans qu'on puisse trouver traces d'éléments anatomiques; examinées à un très fort grossissement (oc. 2 et obj. 8, ou immersion 1/12), les granulations et les plaques calcaires se dissocient en quelque sorte et paraissent nettement formées par une foule de grains extrêmement petits, plongés dans une sorte de stroma. Au centre des granulations ou des plaques, ce stroma est réduit à des travées à peine perceptibles et qui paraissent complètement amorphes ; à mesure qu'on s'éloigne du centre, les travées deviennent plus apparentes et vaguement ondulées. Enfin, tout à fait à la périphérie, les travées sont bien perceptibles, formant entre les grains des bandes de tissu nettement fibrillaire.

Tout autour des plaques ou des granulations calcifiées, on voit une sorte de zone de transition, formée par des bandes de tissu conjonctif fibrillaire, renfermant quelques grains calcifiés et présentant d'une façon plus ou moins nette la disposition tourbillonnée du nodule fibro-myomateux normal.

Évolution de la calcification. — Elle semble se faire de la façon suivante : d'abord, le myome subit la dégénérescence fibreuse ; le tissu conjonctif interstitiel, le tissu péri-vasculaire, se développe et étouffe en quelque sorte les cellules musculaires qui finissent par disparaître. Lorsque le myome est ainsi transformé, les sels calcaires se déposent, sous forme de grains microscopiques, entre les fibrilles du tissu conjonctif.

D'abord peu abondants, éloignés les uns des autres, ils augmentent peu à peu, arrivant au contact en infiltrant les travées conjonctives, et finissent par former des granulations, puis des blocs de plus en plus volumineux. A mesure que les granulations augmentent de volume, l'infiltration devient plus complète; en même temps, sous l'influence de l'ischémie produite par l'oblitération des vaisseaux, les éléments du tissu fibreux se nécrobiosent, se détruisent complètement et arrivent à former un stroma complètement amorphe, infiltré de granulations microscopiques pressées les unes contre les autres. L'infiltration calcaire et la dégénérescence totale des éléments anatomiques présentent leur maximum au centre des blocs calcifiés, d'où l'aspect granuleux et l'absence totale d'éléments anatomiques à ce niveau; elles sont moins avancées à la périphérie, où les grains sont moins serrés et séparés par du tissu conservant encore un aspect fibrillaire.

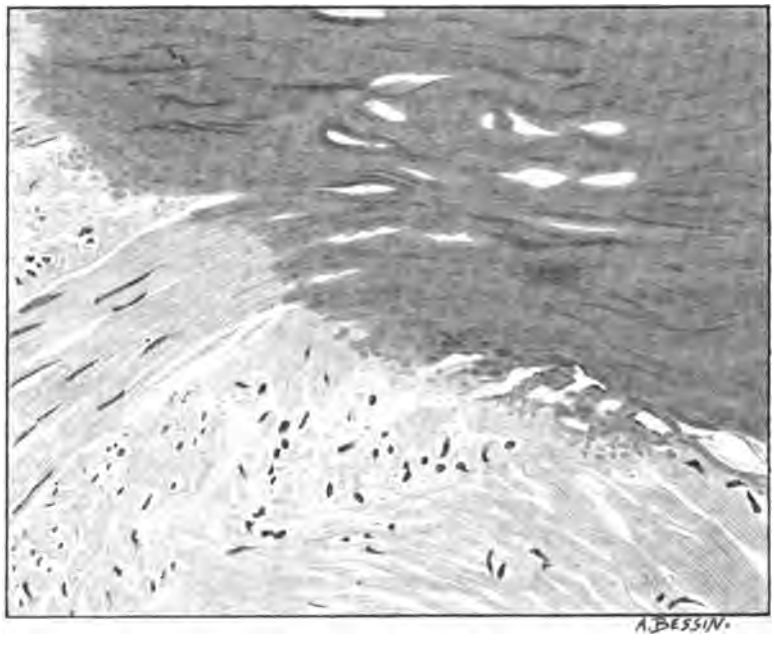


FIG. 1. — *Calcification par infiltration du tissu fibreux.*

A gauche, on voit du tissu fibro-myomateux à peu près normal, mais renfermant peu de vaisseaux. Dans le voisinage de la zone calcifiée, les fibres lisses et les noyaux disparaissent complètement. La zone calcifiée présente un aspect fibrillaire avec de nombreuses granulations.

Un point sur lequel on a discuté est celui de savoir par où débute l'infiltration calcaire; la plupart des auteurs admettent avec Pilliet et Costes que l'infiltration se fait d'abord autour du capillaire central, et de là

s'étend progressivement vers la périphérie du nodule myomateux. Cette théorie est adoptée par presque tous les auteurs, de nombreuses raisons militent en sa faveur : d'abord, si la dégénérescence calcaire est en rapport avec des troubles vasculaires, il est naturel à priori d'admettre que l'infiltration débute autour des vaisseaux artérioscléreux et calcifiés. Ensuite il est certain que, sur la plupart des pièces de fibromes calcifiés, on constate que l'infiltration respecte assez bien les limites des nodules et qu'elle semble souvent moins avancée à la périphérie qu'au centre du nodule.

Malgré ces raisons, nous ne sommes pas absolument convaincu du début de l'infiltration calcaire autour du capillaire central du nodule. Sur les coupes de calcification au début que nous avons pu observer, sur d'autres coupes faites par M. Landel, sur les pièces de Guibé, nous n'avons jamais trouvé d'infiltration péri-vasculaire; au contraire, il nous a toujours semblé que l'infiltration se fait à distance, loin des vaisseaux, et que les vaisseaux restent assez longtemps en dehors du processus de calcification, constituant avec le tissu conjonctif et musculaire qui les entoure, des espaces comparables aux espaces portes du foie, où viennent aboutir les travées conjonctives qui séparent les blocs calcifiés. Cette théorie nous explique, tout aussi bien que la précédente, la lobulation des tumeurs calcifiées; de plus, elle nous explique la longue conservation des vaisseaux et des fibres lisses dans les espaces qui séparent les nodules calcifiés ; enfin elle rend également compte de l'évolution des lésions de nécrose, qui, très prononcées au centre du nodule calcifié, c'est-à-dire loin des vaisseaux, vont en diminuant à mesure qu'on se rapproche de la périphérie, c'est-à-dire des vaisseaux nourriciers des espaces internodulaires.

A côté de ces cas où la calcification succède à la dégénérescence fibreuse, il en est d'autres où elle peut se produire directement par dépôt des granulations calcaires dans les fibres musculaires non altérées.

Virchow, Fœster, Rokitansky, Henocque, Costes ont publié quelques observations dans lesquelles on retrouvait, au milieu des nodules calcifiés, des noyaux de fibres musculaires ou même des fibres plus ou moins altérées conservant la disposition en tourbillon du myome primitif; ils en concluent que dans certains cas l'infiltration calcaire porte directement sur les fibres musculaires : celles-ci subiraient d'abord une dégénérescence graisseuse et secondairement s'infiltreraient de granulations calcaires.

Les observations de ces auteurs sont peu probantes et ne montrent nullement les divers stades de cette infiltration : dans un cas nous avons pu constater nettement l'infiltration calcaire des fibres musculaires et suivre, pour ainsi dire pas à pas, les progrès de la calcification.

Obs. — Il s'agissait d'un fibrome du volume des deux poings, développé aux dépens du fond de l'utérus et enlevé par M. Walther à la Pitié. A la coupe, on constate que la tumeur, très dure, renferme en son centre un noyau calcifié du volume d'une petite noix; tout autour de ce noyau le tissu fibromateux est infiltré de granulations d'autant plus petites et d'autant moins nombreuses qu'on s'éloigne davantage du centre de la tumeur.

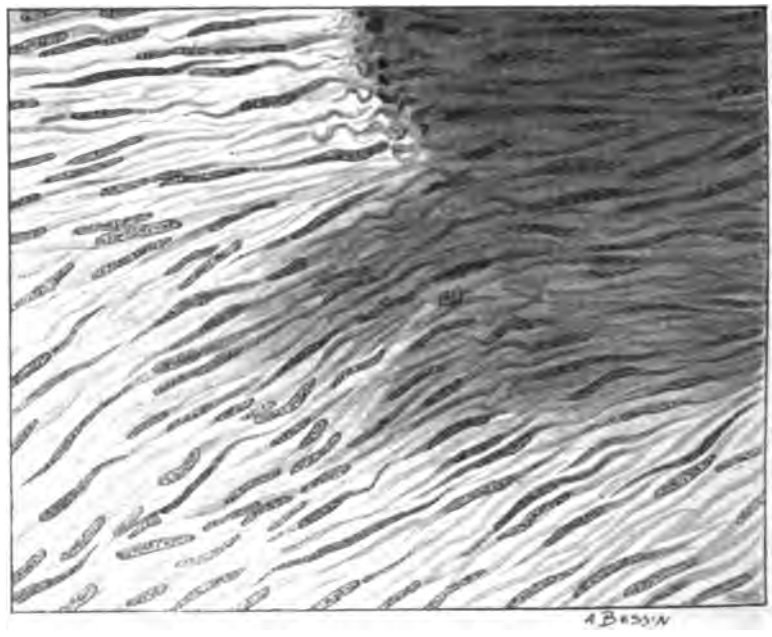


Fig. 2. — *Calcification par infiltration des fibres musculaires.* (Vue à un grossissement de 550 1.)

On voit de volumineuses fibres lisses déformées, infiltrées de granulations calcaires d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche davantage de la zone calcifiée. Dans le noyau calcifié lui-même, on peut encore suivre les contours des fibres, les unes chargées de granulations, les autres plus sombres, à peine distinctes du tissu avoisinant.

Examen histologique. — Les coupes pratiquées à la périphérie de la tumeur montrent du tissu fibro-myomateux normal, sans aucune trace d'infiltration calcaire. Les coupes de la partie centrale faites après décalcification sont fortement colorées en rouge brun par la safranine ; à un faible grossissement, elles montrent une série de petits noyaux arrondis ou allongés, logés dans une sorte de réseau dont les mailles sont circonscrites par des travées vaguement fibrillaires moins fortement colorées.

A un grossissement plus considérable (oc. 2, obj. 8, Leitz), on voit que

noyaux et travées sont formés par une série de granulations extrêmement fines serrées les unes contre les autres, entre lesquelles on peut distinguer un réseau fibrillaire plus ou moins net.

Les coupes pratiquées à la partie moyenne de la tumeur montrent bien la marche de l'infiltration calcaire.

Sur des coupes faites, à quelque distance des grains calcaires, sur du tissu qui ne paraissait nullement calcifié, on peut voir des fibres lisses volumineuses renfermant dans leur intérieur un certain nombre de petites granulations.

Sur d'autres points, les fibres renferment un grand nombre de granulations siégeant surtout autour du noyau, qui arrivent à se réunir et à former une sorte de placard central occupant toute la partie moyenne de la fibre.

Enfin, on peut voir des éléments calcifiés allongés, fusiformes, représentant absolument la disposition des fibres lisses et qui ne sont évidemment que ces fibres complètement envahies par la calcification. Aux environs des noyaux calcaires, ces éléments deviennent plus nombreux, se tassent les uns contre les autres et finissent par s'unir presque complètement, pour former les granulations calcifiées. Cependant, on peut presque toujours voir des travées fibreuses très minces séparant les éléments calcifiés, dont les uns ont conservé leur aspect allongé et fusiforme, tandis que les autres sont plus ou moins arrondis.

A un fort grossissement, on voit que ces éléments, d'apparence homogène, sont en réalité infiltrés d'une foule de petites granulations, serrées les unes contre les autres (1).

Cette observation nous permet de décrire tous les stades de l'infiltration calcaire des fibres musculaires. A un premier stade représentant le début de la calcification, on constate des lésions peu prononcées, les fibres musculaires conservent leur forme générale, mais deviennent plus volumineuses, leurs extrémités s'arrondissent en même temps, leur noyau devient moins apparent et le protoplasme s'infiltre de petites granulations de nature évidemment calcaire. En effet, en les traitant par l'acide chlorhydrique, ces granulations disparaissent, et l'on ne trouve plus qu'un protoplasme homogène, mais très difficile à colorer. Le tissu conjonctif qui entoure les fibres musculaires ne présente aucun signe d'altération.

A un stade un peu plus avancé, les granulations deviennent plus volumineuses, plus facilement appréciables, se groupant soit à la périphérie de la fibre, soit autour du noyau. En même temps, le noyau de la fibre

(1) Blanc (Th. de Montpellier, 1899) a rapporté une observation où l'examen histologique permit de même de constater le début de l'infiltration calcaire dans les fibres musculaires.

devient peu visible, difficile à colorer et finit par disparaître ; à ce stade il devient difficile de faire des coupes sans avoir, au préalable, décalcifié la tumeur.

A un troisième degré, les granulations deviennent confluentes, formant habituellement une plaque centrale, qui remplace le noyau de la fibre musculaire ; souvent, à ce moment on voit se former également des granulations périphériques, qui constituent une sorte de gaine calcaire autour de la fibre musculaire et l'enrobent plus ou moins complètement ; compris entre la plaque calcaire centrale et l'enveloppe périphérique, le protoplasme de la cellule ne tarde pas à disparaître complètement, et la fibre musculaire se trouve transformée en un petit bloc calcaire, rappelant assez bien sa forme allongée primitive. Ces grains calcaires s'unissent les uns aux autres pour former des blocs plus volumineux; parfois, le tissu conjonctif fibreux qui sépare les fibres musculaires, s'atrophie, permettant la soudure de divers grains et la formation d'un bloc calcaire homogène plus ou moins volumineux, atteignant parfois les dimensions d'un pois ou même d'une noisette. Beaucoup plus souvent, le tissu conjonctif ne s'atrophie pas et même il prolifère, formant entre les grains calcaires des travées conjonctives d'épaisseur variable. L'aspect de la tumeur ainsi calcifiée est caractéristique, on ne peut mieux la comparer qu'à une éponge ou à un rayon de ruche, dont les travées seraient formées par du tissu conjonctif fibreux limitant une série d'alvéoles occupés par les grains calcaires résultant de la calcification des fibres musculaires.

Les deux processus que nous venons d'étudier : infiltration des fibres musculaires et infiltration du tissu conjonctif fibreux, peuvent d'ailleurs se combiner et évoluer simultanément.

Pathogénie. — La pathogénie de la calcification des myomes est peu connue, pour ne pas dire complètement inconnue, les divers auteurs qui ont étudié cette dégénérescence laissant complètement de côté la pathogénie. Cependant un fait nous paraît à peu près certain, c'est que la dégénérescence calcaire présente des rapports intimes avec des troubles vasculaires, en particulier avec des lésions d'artério-sclérose des artères utérines ; ce qui tend à le prouver, c'est l'apparition de cette dégénérescence chez des malades âgées au moment où, sous l'influence de la ménopause, les artères utérines s'épaississent, deviennent rigides et athéromateuses. D'ailleurs, nous avons examiné les artères utérines

dans 3 cas de fibromes calcifiés : dans ces 3 cas, elles étaient très nettement atteintes d'artérite chronique, et même, dans un cas, ces artères absolument rigides étaient infiltrées de sels calcaires, qui diminuaient notablement leur calibre.

Le rapport de ces altérations vasculaires avec l'infiltration calcaire, la cause même de cette infiltration est peu connue.

M. Talamon (*Revue critique de la calcification*) admet que l'imprégnation des tissus par les sels calcaires peut se faire de deux façons :

1° Les sels calcaires se déposent dans les tissus sans modification de ceux-ci, et après dissolution de ces sels par les acides affaiblis, on retrouve intacts les éléments des tissus ;

2° Il y a d'abord une destruction granulo-graisseuse des éléments des tissus, puis les sels de chaux se substituent à la matière graisseuse ;

3° Il se fait une transformation des tissus infiltrés, qui a pour résultat de substituer à un tissu formé d'éléments figurés une trame granuleuse amorphe, dépourvue de vaisseaux et parsemée seulement de quelques cellules plates.

De ces trois modes de calcification, il semble que le premier (c'est-à-dire le dépôt de granulations calcaires, sans altération des tissus) soit seul applicable aux fibro-myomes ; en effet, en examinant des coupes représentant les premiers stades de calcification, on aperçoit des éléments musculaires ou conjonctifs absolument normaux, renfermant quelques petites granulations qui disparaissent lorsque les coupes ont été traitées assez longtemps par un acide affaibli. A une période plus avancée, les éléments cellulaires présentent des lésions avancées de nécrobiose et même de destruction, mais ces lésions paraissent dues surtout aux troubles mécaniques de nutrition, déterminés par la présence et le développement des dépôts calcaires.

Reste à déterminer la cause du dépôt des granulations calcaires dans les tissus ; il est certain que ces granulations résultent de la précipitation des sels de chaux tenus en dissolution dans le sang amené à la tumeur ; il nous semble qu'on doit faire jouer un rôle important dans le mécanisme de cette précipitation aux lésions d'athérome et d'artériosclérose qui, nous l'avons vu, se rencontrent fréquemment.

Les artério-scléreux, les athéromateux présentent toujours des troubles de la nutrition, se traduisant notamment par la présence dans le sang d'excès de matériaux organiques et inorganiques, en particulier de sels de chaux. Ces divers sels peu solubles, en trop grande quantité dans le

sang, se précipitent facilement, ainsi que le montre la fréquence chez ces sujets de dépôts de plaques calcaires dans la tunique interne des artères et même souvent dans les tissus avoisinants; au niveau des fibromes, la précipitation se trouve favorisée par les lésions vasculaires locales, entraînant une diminution de l'apport sanguin et consécutivement une véritable déshydratation du protoplasme cellulaire. A la suite de cette déshydratation, les carbonates et phosphates calcaires deviennent en solution sursaturée dans ce protoplasme et se précipitent sous forme de granulations imperceptibles ; une fois ces granulations formées, l'état du sang et de la circulation restant le même, elles augmentent progressivement par un apport lent et continu de nouvelles matières calcaires; il se produit ainsi deux phénomènes bien connus en physique : d'abord, au début cristallisation d'un liquide sursaturé, ensuite nourriture et augmentation progressive du calcul aux dépens de la solution mère ou d'une autre solution même moins concentrée.

L'artério-sclérose jouerait ainsi le rôle principal dans la calcification des myomes, elle agirait de deux façons : 1° en déterminant des altérations générales de la nutrition et de la composition du sang, qui prédisposent à une foule d'affections de la même famille (lithiase, goutte, gravelle, calcification); 2° localement elle agirait en déterminant des troubles circulatoires, qui favorisent la déshydratation des tissus de la tumeur et la précipitation à leur niveau des sels inorganiques contenus dans le sang.

D'après cette théorie, la calcification serait donc en rapport direct avec les lésions d'athérome et d'artério-sclérose; elle se ferait suivant un processus qui rappellerait assez bien ce qui se passe dans plusieurs affections dépendant de l'arthritisme, en particulier dans la goutte et dans les incrustations calcaires des athéromateux.

Cette théorie nous explique ce fait, que nous avons constaté, que la calcification débute presque toujours à une certaine distance des vaisseaux, dans les parties les plus mal nourries de la tumeur; elle nous explique également ce fait, que la calcification survient souvent à la suite de dégénérescence fibreuse. On sait, en effet, que le tissu fibreux aussi bien que le tissu cartilagineux s'infiltre facilement de granulations calcaires ou sodiques; dans la goutte, en particulier, il est fréquent de rencontrer des concrétions uro-sodiques dans les tissus fibreux articulaires et extra-articulaires, et même dans les gaines tendineuses et les aponévroses.

Symptômes cliniques de la dégénérescence calcaire. — Les symptômes cliniques qui accompagnent la calcification d'un fibro-myome de l'utérus sont souvent peu marqués; parfois même, ces tumeurs ne se traduisent par aucun signe qui puisse les faire reconnaître ; elles restent complètement ignorées tant que dure la vie de la malade et constituent des trouvailles d'autopsie.

Le plus souvent l'évolution est moins calme, il y a des symptômes fonctionnels et des signes physiques assez nets qui attirent l'attention, mais ces symptômes ne diffèrent en rien de ceux qu'occasionne un myome banal, de sorte que rien ne fait penser à la calcification.

Cependant, dans bon nombre de cas, la symptomatologie présente plusieurs cas particuliers qui peuvent faire faire le diagnostic.

Symptomes fonctionnels. — Les symptômes fonctionnels qui accompagnent la calcification d'un myome consistent surtout en douleurs, phénomènes de compression, écoulements vaginaux. Suivant la remarque de Guibé, ces symptômes sont en rapport avec les deux caractères physiques essentiels du myome calcifié, savoir : le poids et la dureté. En effet, à volume égal un fibrome calcifié est notablement plus lourd qu'un autre, et il est dur comme de la pierre ; il en résulte que, d'une part, par son poids plus notable, il tiraille davantage ligaments et nerfs de l'utérus, d'où des douleurs plus vives, et que, d'autre part, il agit avec plus de force sur les organes voisins et rend la compression plus sévère, tandis que sa dureté, l'empêchant absolument de se prêter à la moindre déformation et de s'adapter à la place qui lui est laissée libre, le rend plus offensant pour les tissus et les organes comprimés.

Enfin le fibrome calcifié constitue une sorte de corps étranger irritant, susceptible de déterminer des altérations de la muqueuse, des contractions utérines, pouvant donner lieu à des écoulements vaginaux abondants.

Les *douleurs* présentent une intensité très variable, mais les douleurs vives sont certainement plus fréquentes dans les myomes calcifiés que dans les myomes ordinaires.

Ces douleurs paraissent dues surtout aux tiraillements ou à la compression des ligaments et des nerfs de l'utérus. Parfois, ce sont des douleurs continues, le plus souvent ce sont des sortes de coliques parfois extrêmement vives, qui surviennent à intervalles irréguliers et peuvent s'irradier dans toutes les directions, vers les reins, le périnée, les cuisses, etc.

Des symptômes de compression très marqués existent dans près de la moitié des cas.

La vessie est l'organe le plus souvent atteint, sa compression se traduit par des symptômes d'intensité très variable, depuis de simples troubles de la miction, jusqu'à la rétention d'urine complète. Lorsque la miction est gênée, la vessie s'infecte presque constamment, d'où des accidents de cystite plus ou moins grave.

La compression du rectum est moins fréquente que celle de la vessie, elle se traduit également par des symptômes d'intensité très variable, depuis une simple gêne de la défécation jusqu'à l'occlusion complète.

Les autres organes sont moins fréquemment comprimés, néanmoins Duret a signalé un cas de compression veineuse avec œdème considérable des membres inférieurs, Yamagiva un cas de paraplégie, Guibé un cas de névralgie sciatique du côté droit. Dans une de nos observations il y avait paraplégie avec rétention d'urine et occlusion intestinale.

Les *écoulements vaginaux* présentent assez souvent des caractères particuliers dans les cas de fibromes sous-muqueux qui s'accompagnent fréquemment d'altérations de la muqueuse : ils consistent en métrorrhagies et en leucorrhée.

Les *métrorrhagies* sont extrêmement inconstantes : tantôt il n'y a aucune perte sangine, tantôt il y a des pertes sanguines plus ou moins importantes, qui apparaissent presque dès le début du fibro-myome sans que la calcification paraisse avoir d'influence appréciable, tantôt enfin les métrorrhagies apparaissent tardivement, au moment de la calcification alors que les règles sont souvent supprimées depuis plusieurs années. Ce dernier mode d'évolution est le seul vraiment caractéristique, mais il est rare.

La *leucorrhée* constitue un symptôme assez constant dans le cas de fibrome calcifié sous-muqueux. Au début, elle est en rapport avec la métrite simple et ne présente rien de particulier. Plus tard l'écoulement purulent est souvent modifié par la gangrène de la muqueuse et la suppuration du tissu celluleux qui entoure le myome calcifié : il présente alors une odeur absolument infecte, presque aussi fétide que celle d'un cancer ulcéré.

Dans un certain nombre de cas, les écoulements vaginaux s'accompagnent d'un symptôme absolument pathognomonique : l'expulsion de fragments de la tumeur sous forme de calculs.

Symptomes physiques. — Les symptômes physiques constatés à l'exploration d'un myome calcifié présentent assez souvent des caractères spéciaux en rapport avec la dureté et le poids de la tumeur.

Dans certains cas le palper abdominal donne la sensation d'une tumeur dure comme de la pierre, mais ce caractère est très inconstant, car la dureté de la tumeur dépend surtout de l'épaisseur des tissus qui la séparent de la main, c'est-à-dire de la couche graisseuse de la paroi abdominale et de la coque utérine enveloppant la tumeur. De plus certains fibromes ayant subi une transformation fibreuse complète donnent à la main une sensation bien difficile à distinguer de celle fournie par un fibrome calcifié.

Le toucher vaginal peut aussi permettre de sentir la dureté du myome; de plus, il peut jusqu'à un certain point renseigner sur son poids; en essayant de mobiliser la tumeur avec les doigts introduits dans le vagin, on a parfois une sensation de la tumeur, qu'on ne rencontre guère dans les myomes normaux.

Le palper abdominal combiné au toucher vaginal permet de se rendre compte du volume, du poids et de la dureté de la tumeur.

Les fibromes calcifiés ayant déterminé l'ulcération de la muqueuse et faisant saillie dans la cavité utérine peuvent être explorés directement soit avec une sonde, soit avec le doigt introduit dans la cavité utérine dilatée : on sent une tumeur dure, plus ou moins régulière, enchatonnée dans la paroi de l'utérus.

Évolution et complications. — Évolution. — L'évolution des fibromes calcifiés est assez variable; assez souvent, ces tumeurs n'occasionnent aucun accident grave, et la malade meurt, à un âge plus ou moins avancé, d'une affection intercurrente, sans que le fibrome puisse être mis en cause.

D'autres fois, au contraire, le fibrome occasionne des troubles marqués (douleurs et hémorragies), qui peu à peu augmentent, altèrent la santé de la malade et peuvent finir par amener la mort par cachexie, si on n'intervient pas.

Plus souvent, l'évolution du fibro-myome calcifié offre à considérer deux périodes : dans une première période correspondant à un fibrome normal, les accidents sont nuls ou peu marqués ; dans une deuxième période correspondant au fibrome calcifié, il y a des symptômes fonctionnels bien marqués (douleur, hémorragie, signes de compression) et

on peut voir survenir des complications susceptibles d'enlever rapidement la malade.

Complications. — Les complications des fibromes calcifiés peuvent se diviser en deux groupes : les unes tenant à la compression des organes voisins, les autres à la suppuration du fibrome et du tissu celluleux qui l'entoure.

1° *Compression des organes voisins.* — Les complications sont surtout dues à la compression de l'intestin et de la vessie.

a) La *compression du rectum* a occasionné dans quelques cas des accidents d'occlusion intestinale mortels ; Bostock (1), Hyenne (2), Harris (3) en ont rapporté des observations.

Dans d'autres cas, un fibrome calcifié siégeant dans le cul-de-sac de Douglas a pu déterminer le sphacèle par compression des parois rectales.

Lisfranc, puis Duret ont signalé des observations de fibrome utérin calcifié ayant déterminé une perforation du rectum. Dans le cas de Duret, la tumeur avait déterminé une large ulcération du rectum, avec incontinence des matières fécales, et était facile à sentir par toucher rectal. Dans le cas de Lisfranc, la tumeur finit par s'éliminer à travers le rectum après des douleurs excessivement vives.

b) La *compression de la vessie* est plus fréquente que celle de l'intestin ; comme celle-ci, elle peut déterminer deux variétés de complications : les unes tenant à la gêne apportée aux fonctions du réservoir vésical, les autres au sphacèle et à la perforation des parois de ce réservoir.

Les complications tenant à la gêne apportée au fonctionnement de la vessie consistent en gêne de la miction, cystite, rétention d'urine plus ou moins complète. Ces accidents contribuent à affaiblir et à cachectiser la malade, parfois ils semblent causer directement la mort.

Louis (*Mémoire acad. royal Chir.*, t. II, p. 139) rapporte l'observation d'une malade chez laquelle la mort survint par rétention d'urine causée par un fibrome calcifié comprimant la vessie.

Schramm (*in* Lomer, obs. 39) rapporte également une observation de myomo-

---

(1) Bostock, *Med. chir. Trans.*, London, vol. IX.

(2) Hyenne, *Étude anatomo-clinique des principales dégénérescences des fibro-myomes de l'utérus.* Thèse de Paris, 1898, G. Steinheil, éditeur.

(3) Harris, *Amer. Gynæc. and Obstet.*, vol. X, p. 59.

tomie pour un myome calcifié volumineux comprimant la vessie et le rectum et déterminant des accidents graves de rétention d'urine et d'occlusion intestinale.

Guibé (obs. I) rapporte l'observation d'une malade de 63 ans, chez laquelle un fibrome calcifié avait déterminé des accidents de rétention d'urine et de cystite purulente qui nécessitèrent l'intervention.

Les myomes calcifiés comme toute tumeur utérine peuvent comprimer les *uretères* ; toutefois, en raison de la dureté et de la rigidité de la tumeur, les accidents (d'ailleurs rares) seront plus graves que dans le cas de myome simple. Henning (*in* Lomer) rapporte un cas de mort par urémie, causée par un fibrome calcifié de l'utérus à prolongements multiples.

Le mécanisme des perforations vésicales se comprend bien : une tumeur calcifiée dure et pesante comprime facilement la vessie, en l'écrasant en quelque sorte contre la face postérieure de la symphyse pubienne ; il se produit ainsi un véritable sphacèle de la paroi vésicale. Cette perforation se fait plus ou moins rapidement ; ordinairement avant la rupture de la paroi vésicale, il se produit des adhérences entre le fibrome et cette paroi, adhérences suffisantes, pendant quelque temps au moins, pour empêcher l'irruption brusque de l'urine dans le péritoine, et même parfois pour permettre aux fibromes de pénétrer progressivement dans la vessie, sans qu'il se produise de réaction péritonéale immédiate.

Fleming (1), Malgaigne (2), Lisfranc (3), Demarquay (4) ont publié des observations de fibromes calcifiés qui, devenus intra-vésicaux, donnaient lieu à des symptômes rappelant absolument ceux des calculs vésicaux.

Dans le cas de Demarquay la tumeur sous-muqueuse avait perforé la paroi antérieure de l'utérus et les deux parois de la vessie dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, pour venir en contact direct avec la symphyse pubienne ; il s'était ainsi créé une fistule vésico-utérine, par laquelle une partie de l'urine s'écoulait dans l'utérus. Le doigt introduit dans la cavité utérine et replié en crochet arrivait sur la symphyse pubienne. La malade mourut d'une péritonite généralisée à évolution lente et progressive.

---

(1) Fleming, cité par Mac Clintock, *Dublin quarterly Jour.*, vol. V, p. 20.
(2) Malgaigne, cité par Duret, *Semaine gynéc.*, 1897, p. 234.
(3) Lisfranc, *Ibid.*
(4) Demarquay, *Société de chirurgie*, 1859.

Exceptionnellement, la perforation peut se produire brusquement sous l'influence d'un traumatisme ou d'un mouvement violent, alors que le fibrome et l'utérus sont encore complètement indépendants de la vessie et ne peuvent par conséquent apporter aucun obstacle à l'issue brusque de l'urine dans le péritoine.

Maillan (*Gazette des hôpitaux*, 8 octobre 1901) a rapporté un cas de rupture brusque de la vessie suivie de péritonite mortelle consécutive à la compression exercée par un fibrome utérin.

2° *Suppuration des myomes*. — La suppuration des myomes calcifiés constitue une complication relativement fréquente.

Nous avons vu, en effet, que les fibromes calcifiés sont habituellement entourés par une sorte de capsule celluleuse plus ou moins épaisse. Ce tissu celluleux, souvent mal nourri, irrité par la présence de la tumeur qui constitue un véritable corps étranger, s'infecte et suppure facilement surtout dans le cas de fibrome sous-muqueux ; lorsque la calcification est complète, le pus reste habituellement à la périphérie de la tumeur sans l'envahir ; au contraire, lorsque la calcification est incomplète, la suppuration envahit les travées fibreuses qui séparent les parties calcifiées et isolent ces parties sous forme de calculs plus ou moins volumineux, qui baignent au milieu du pus.

L'abcès ainsi formé tend à s'ouvrir au dehors, presque toujours par voie vaginale, après ramollissement et ulcération de la muqueuse ; en même temps que le pus, la tumeur calcifiée peut s'évacuer soit en totalité, soit en partie, sous forme de calculs plus ou moins volumineux.

Bernard (*Société anatomique*, Paris, 1899) rapporte l'observation d'une femme de 67 ans en très mauvais état général depuis plusieurs mois qui expulsa brusquement par le vagin plus d'un demi-litre de pus.

La malade mourut le jour même dans le collapsus. A l'autopsie, on trouva un utérus volumineux avec plusieurs fibromes. L'un de ces fibromes, gros comme un œuf, complètement calcifié, était placé dans une sorte de loge végétante et purulente communiquant avec la cavité utérine.

Il s'agissait évidemment dans ce cas de suppuration autour d'un fibrome calcifié, puis d'ulcération et d'irruption du pus dans la cavité utérine.

Lorsque l'expulsion est totale, la guérison complète peut survenir ; nous avons trouvé 4 cas de guérison définitive après expulsion par le vagin d'un fibrome calcifié (cas d'Hyppocrate, Schenk, Lumpe, Pauchet).

D'autres fois, après expulsion totale du fibrome, la suppuration utérine continue, et la malade peut finir par mourir de cachexie et d'épuisement, comme dans les cas de Louis et de Salins.

L'expulsion incomplète est habituellement suivie d'une suppuration interminable, se traduisant par un écoulement de pus renfermant d'une façon intermittente des débris calcifiés.

Au lieu de s'ouvrir dans le vagin, l'abcès contenant le fibrome calcifié peut s'ouvrir dans un autre organe, dans la vessie (cas de Fleming) ou dans le rectum : cette dernière évolution est assez rare ; aux deux cas de Duret et de Lisfranc signalés plus haut, et dans lesquels il est difficile de dire s'il y a oui ou non suppuration du myome calcifié, nous pouvons ajouter les deux observations de Mac Clintock (1) et de Swiecicki (2), dans lesquels deux fibromes calcifiés et suppurés s'ouvrirent dans le rectum et furent éliminés par cette voie.

Enfin le pus, au lieu de s'ouvrir au dehors, peut ulcérer la paroi utérine et venir infecter le péritoine en déterminant une péritonite mortelle. Boussi, Duncan, Lee en ont rapporté des observations.

Une complication intéressante des myomes calcifiés est l'existence d'*inflammations* et surtout de *suppurations annexielles, de pyo-salpingites*. Greco (3), Lomer (4), C. Daniel (5) ont insisté sur la fréquence de ces altérations dans les fibromes calcifiés.

D'après Greco, la dégénérescence calcaire des fibromes peut déterminer l'inflammation des annexes, soit par compression directe, soit en déterminant une poussée inflammatoire récente.

Nous avons trouvé 3 cas de fibromes calcifiés accompagnés de pyosalpingites (cas de Greco et les 2 cas de Lomer). La première observation de Lomer est particulièrement intéressante, la déchirure du pyosalpingite ayant causé dans ce cas une péritonite mortelle.

Diagnostic. — Le diagnostic de fibrome calcifié est habituellement difficile, souvent impossible dans un grand nombre de cas ; en effet, nous avons vu que les symptômes physiques et fonctionnels ne diffèrent guère de ceux d'un fibrome ordinaire ; deux signes seulement sont pathognomoniques : l'expulsion de débris calcifiés, la constatation d'un

(1) Mac Clintock, *Dublin quarterly Journal*, vol. XLV, p. 20.
(2) Héliodore Swiecicki, *Nowyng Lekarskie-Posen*, février 1901.
(3) Greco, *Archivio italiano di Ginecologia*, 30 avril 1900, n° 2.
(4) Lomer, Inaug. dissertation. Berlin, 1901.
(5) C. Daniel, *Revue de Gynécologie*, 1900 (n°s 1 et 2).

calcul dans la cavité utérine ou d'une tumeur calcifiée enchatonnée dans la paroi ; lorsque ces deux symptômes n'existent pas, et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, on ne peut affirmer le diagnostic.

Toutefois, dans un grand nombre de cas, l'évolution de la tumeur, l'âge de la malade, les caractères des symptômes fonctionnels, les signes fournis par l'examen physique permettent, en l'absence des deux signes pathognomoniques, de faire avec chances d'exactitude le diagnostic de fibromes calcifiés.

L'âge de la malade a une grande importance : nous avons vu que la calcification survient chez des femmes souvent très âgées, et qu'elle est exceptionnlle avant 45 ans.

L'évolution est de même très importante : lorsqu'une femme vient raconter qu'elle est atteinte d'un fibrome utérin qui pendant longtemps n'a donné lieu à aucun trouble grave, puis, qu'au bout de plusieurs années, aux environs de la ménopause, sont apparues des douleurs, des hémorragies, des signes de compression de la vessie ou du rectum, sans augmentation sensible du volume de la tumeur, il y aura de grandes chances pour qu'il s'agisse d'un fibrome en train de subir la dégénérescence fibreuse ou la dégénérescence calcaire. Le diagnostic de fibrome calcifié sera encore plus probable, si les accidents sont survenus après la ménopause, alors que les règles et les métrorragies semblaient définitivement arrêtées depuis deux ou trois ans.

L'examen physique de la malade montrant une tumeur dure et très lourde pourra, dans certains cas, faire presque affirmer le diagnostic. Le diagnostic différentiel est habituellement peu complexe ; dans l'immense majorité des cas, on fait le diagnostic de fibrome, le seul point en litige est de savoir si on a affaire à un fibrome simple ou à un fibrome calcifié.

Dans quelques cas cependant, les fibromes calcifiés ont donné lieu à d'autres erreurs de diagnostic. Un fibrome calcifié de l'ovaire, enclavé dans le Douglas et semblant faire corps avec l'utérus, a pu être pris pour un fibrome utérin calcifié, erreur d'ailleurs de peu d'importance au point de vue thérapeutique.

Plus grave est l'erreur de Dudley, qui avait pris un fibrome calcifié pour une tête fœtale avec sutures et fontanelles. Dans un cas de Sæxinger, un fibrome calcifié sous-muqueux, faisant une forte saillie dans le vagin, a été également pris pour une tête fœtale. Ce sont là des causes d'erreurs absolument exceptionnelles, qu'un examen clinique approfondi doit permettre d'éviter.

Un fibrome calcifié sous-muqueux peu volumineux, ayant déterminé la suppuration et la gangrène de la muqueuse, peut simuler un cancer du corps de l'utérus L'erreur sera assez difficile à éviter s'il s'agit d'une femme ayant passé la ménopause, chez laquelle on voit survenir des pertes sanguines et un écoulement vaginal à odeur infecte, en même temps que la malade s'affaiblit et se cachectise du fait de la suppuration. Dans un cas de Baer, où le diagnostic de cancer de l'utérus avait été posé, on ne reconnut l'erreur que par le toucher intra-utérin, sous le chloroforme, au moment de pratiquer l'hystérectomie.

Les antécédents, la durée et l'évolution, l'examen de la cavité utérine après dilatation pourront faire faire le diagnostic.

D'ailleurs, disons, à ce propos, que l'association de fibromes calcifiés et de cancer utérin n'est pas exceptionnelle; elle a été signalée dans les cas de Dudley, Leflaive, Pauchet, Schrœder, Thorn.

Un fibrome calcifié ayant déterminé l'ulcération de la paroi vésicale et s'accompagnant de troubles urinaires simule bien un calcul vésical : des débris calcifiés peuvent être expulsés avec les urines, et l'exploration de la vessie montre l'existence d'une masse calcifiée intra-vésicale (cas de Fleming, Malgaigne, Lisfranc, Demarquay).

Inversement, un calcul vésical, expulsé par le vagin à travers une fistule vésico-vaginale, sera pris volontiers pour un débris de fibrome calcifié.

Dans ces deux cas, les symptômes fonctionnels, l'évolution, la constatation de la présence dans l'utérus d'autres fibromes calcifiés permettront souvent le diagnostic. En cas de doute, l'analyse chimique du calcul pourra trancher la question ; en effet, nous avons vu que les fibromes calcifiés sont formés presque totalement de phosphate de chaux, tandis que les calculs vésicaux phosphatiques, les seuls qui puissent prêter à confusion, sont surtout constitués par du phosphate ammoniaco-magnésien.

Une dernière cause d'erreur serait de prendre pour un fibrome calcifié un corps étranger ayant séjourné longtemps dans l'utérus et s'y étant calcifié. Dans le cas de Brugnatelli, un fragment d'os ayant séjourné longtemps dans l'utérus fut pris pour un fibrome calcifié.

L'examen physique et chimique du calcul permettra d'éviter cette erreur.

Pronostic et indications opératoires. — Le pronostic des fibromes

calcifiés est considéré comme bénin par la plupart des auteurs, qui admettent que, dans la majorité des cas, ces tumeurs ne donnent lieu à aucun accident grave. A notre avis, cette bénignité de pronostic est très exagérée. Sans doute, un grand nombre de fibromes calcifiés ne donnent lieu à aucun trouble et constituent des trouvailles d'autopsie, mais, à côté de ces cas, il en est d'autres où un myome calcifié occasionne des accidents graves, d'autant plus redoutables qu'ils surviennent souvent brusquement, après une longue période d'évolution complètement latente.

Comme l'a très bien dit Jacob, il ne faut pas considérer la calcification comme une transformation favorable améliorant le pronostic des myomes; il faut, au contraire, la considérer comme une véritable complication, qui souvent détermine un retour des douleurs et des hémorragies, et prédispose à plusieurs accidents, surtout à la compression des organes voisins et à la suppuration.

De fait, si nous nous reportons aux observations que nous avons pu réunir, sur 81 cas accompagnés de renseignements cliniques assez détaillés, nous trouvons : dans 29 cas des accidents de compression des organes voisins, dans 15 cas des métrorrhagies abondantes, dans 18 cas la suppuration du fibro-myome calcifié ou du tissu utérin avoisinant.

Si nous étudions l'évolution complète, nous trouvons :

5 cas de mort par péritonite (Boussi, Duncan, Sée, Arnott, Barth).

3 cas de mort par occlusion intestinale (Bostock, Le Bec, Harris).

1 cas de mort par rétention d'urine (Louis).

1 cas de mort par compression des uretères et urémie (Noble).

1 cas de mort par métrorrhagie (Chapman).

1 cas de mort par rupture brusque de la vessie (Delore).

7 cas de mort par cachexie, à la suite de suppuration interminable (Louis, Louis Muller, Trumet, Usphurd, Yamagiva, Bernard).

1 cas de mort à la suite de torsion de l'utérus sur son axe (Kuester).

6 cas dans lesquels la mort est survenue du fait d'un cancer utérin apparu après calcification du fibrome (Lebert, Dudley, Leflaive, Pauchet, Schrœder, Thorn).

Soit en résumé, sur 81 observations, 20 dans lesquelles la mort est directement imputable au fibrome calcifié, et 6 dans lesquelles elle est due à un cancer, dont l'apparition a été, au moins dans une certaine mesure, favorisée par la présence du fibrome.

Toutefois la moyenne qu'on pourrait tirer de ces chiffres ne serait certainement pas exacte, car d'une part nous ne faisons pas rentrer dans cette statistique les cas de fibromes calcifiés trouvés à des autopsies et publiés sans aucun renseignement clinique, d'autre part il est certain qu'un certain nombre de cas n'ayant donné lieu à aucune complication n'ont pas été publiés; enfin, il est important de séparer les cas traités chirurgicalement de ceux qui n'ont donné lieu à aucune intervention.

Nous trouvons alors les résultats suivants :

Sur 175 cas de fibromes calcifiés que nous avons pu réunir, 111 n'ont pas été opérés, et 64 ont été traités chirurgicalement.

Sur les 111 cas qui n'ont donné lieu à aucune opération, 38 seulement sont accompagnés de renseignements cliniques assez complets ; dans 19 de ces cas, la mortalité est directement imputable au fibrome calcifié, soit une proportion d'un peu plus de 17 p. 100 de morts.

Sur les 64 fibromes opérés nous trouvons 12 morts, soit plus de 18 p. 100, c'est-à-dire une proportion légèrement supérieure à celle des fibromes calcifiés qu'on a laissé évoluer. Mais il faut remarquer que dans plusieurs cas l'opération a été faite non pas pour le fibrome lui-même, mais pour une complication grave provoquée par l'évolution du fibrome.

Ainsi dans les cas de Le Bec et de Rieffel l'opération a été faite pour des accidents d'occlusion intestinale, dans le cas de Noble pour des accidents d'urémie provoqués par la compression des uretères, dans celui de Delore pour péritonite généralisée consécutive à une rupture de la vessie. Dans tous ces cas la mortalité ne peut être mise sur le compte de l'opération, elle doit bien plutôt être ajoutée à celle des fibromes non opérés, puisque la mort serait survenue à coup sûr si l'opération n'avait pas été faite, et qu'au contraire une opération faite de bonne heure eût prévenu l'apparition de ces complications.

Ces cas étant défalqués, il nous reste 59 observations avec 7 morts, soit une proportion d'un peu moins de 12 p. 100.

Là encore il faut remarquer que, dans cette statistique, d'une part plusieurs cas datent de la période pré-antiseptique, d'autre part plusieurs malades ont été opérées alors que les accidents graves étaient venus les affaiblir et augmenter les chances d'infection. Il est certain que, si tous ces fibromes avaient été opérés aussitôt le diagnostic fait, la statistique opératoire des fibromes calcifiés ne serait pas sensiblement plus mauvaise que celle des autres fibromes, c'est-à-dire que la mortalité

devrait être presque nulle, oscillant tout au plus entre 2 et 3 p. 100.

Par conséquent, dès qu'on aura posé le diagnostic de fibrome, si l'on pense que ce fibrome est calcifié, ce ne sera pas une raison pour temporiser, à moins que l'on ait affaire à une malade très âgée ou très affaiblie, ou bien à un fibrome extrêmement petit ; dans tous les autres cas, la calcification soupçonnée ou diagnostiquée fermement sera une raison de plus d'intervenir immédiatement alors que l'opération est peu dangereuse, sans attendre que des accidents graves surviennent et forcent d'opérer brusquement, dans des conditions beaucoup moins favorables.

Quant au mode d'intervention de choix, ce sera dans l'immense majorité des cas l'hystérectomie abdominale subtotale.

Dans quelques cas, lorsqu'un fibrome calcifié peu volumineux fait saillie dans la cavité utérine, on peut l'enlever par voie vaginale sans toucher à l'utérus ; l'opération est en général extrêmement simple, elle a été pratiquée 11 fois avec 11 guérisons.

L'hystérectomie vaginale n'a été faite que 5 fois, elle a donné 2 morts (Le Bec-Rieffel), qui ne paraissent nullement imputables à l'opération. L'hystérectomie vaginale n'est presque jamais indiquée pour les fibromes calcifiés, sauf pour les tout petits fibromes ; dans tous les autres cas elle est très difficile, ou même impossible, en raison des grandes difficultés du morcellement de tumeurs calcifiées.

La voie abdominale a été suivie dans 48 cas :

Dans 6 cas on a fait la myomectomie sans toucher à l'utérus avec 5 guérisons et 1 mort (Briggs).

L'hystérectomie abdominale totale a été pratiquée 18 fois avec 6 morts.

L'hystérectomie supra-vaginale a été faite 22 fois avec 2 morts (Noble et Forgue).

Dans le cas de Noble, l'opération avait été faite en pleine crise d'urémie consécutive à la compression des uretères par la tumeur; dans le cas de Forgue il s'agissait d'une malade extrêmement affaiblie à la suite d'hémorragies abondantes durant depuis longtemps. Dans les deux cas il est probable qu'une intervention plus précoce eût sauvé la malade.

Fibromes calcifiés ayant donné lieu à une intervention chirurgicale.

1° Intervention par voie vaginale.

1	Louis		Ablation du fibrome sans hystérectomie	Guérison	*Mém. Acad. royale Chir.*, t. XI, p. 130.
2	Sæxinger	Polype calcifié tombé dans le vagin et cause de dystocie.	id.	Guérison	*Prager Vierteljahrsch. f. prak. Heilk.*, Bd. XCVIII, 1868.
3	Vilson	Polype calcifié obstruant le col utérin au moment de l'accouchement.	id.	Guérison	*Edinb. med. J.*, vol. VIII, pp. 92-93.
4	Vilson	Polype calcifié, obstruant le col au moment de l'accouchement.	id.	Guérison	id.
5	Harlow	Fibrome ulcéré libre.	id.	Guérison	*Boston med. and surg. J.*, vol. LXXXIII, p. 70, 1876.
6	Jaffé	id.	id.	Guérison	*Berlin. klin. Wochenschs.*, s. 340.
7	Lehnerdt	id.	id.	Guérison	*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIX, s. 359, 1878.
8	Baer	id.	id.	Guérison	*Amer. J. of Obstet.*, vol. XIX, p. 293, 1886.
9	Briggs	id.	id.	Guérison	*Amer. J. of Obstet.*, vol. XX, p. 103, 1887
0	Thorn	id.	id.	Guérison	*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XXVIII, s. 75, 1897.
1	Gill Wylie	Fibrome calcifié ayant déterminé l'inversion de l'utérus.	id.	Guérison	Lomer, Inaugural-Dissertation, Berlin 1901, Obs. 33.
2	Le Bec	Fibrome calcifié ayant déterminé une occlusion intestinale.	Hystérectomie vaginale	Mort	Hyenne, Th de Paris, 18 8.
3	Le Bec		id.	Guérison	id.
4	Tate		id.	Guérison	*Trans. of the Obst. Soc. of London*, vol. LXI, 1899, p. 372.
5	Duret	Fibrome calcifié ayant ulcéré le rectum.	Enlèvement du fibrome par voie rectale.	Guérison	*Nord médical*, 1er février 1895, p. 49.
6	Rieffel	Fibrome calcifié ayant déterminé des accidents de rétention d'urine et d'occlusion intestinale.	Hystérectomie vaginale	Mort	G. Piquand, Th. de Paris, 1905.

2° Intervention par voie abdominale.

7	Everett		Hystérectomie abdomino-vaginale.	Guérison	*Amer. J. of Obstet.*, vol. XII, p 700, 1879.
8	Montgomery		Hystérectomie abdominale.	Mort par septicémie	*Amer. J. of Obstet.*, vol XIII, 1880, p. 618.
9	Schroeder		id.	Guérison	*Centralbl. für Gynæcol.*, 1886, s. 4.
0	Ascher		id.	Mort par septicémie	*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XX, 1886, s. 336.

21	EDEBOHLS		Hysptérectomie abdominale.	Guérison	*Amer. J. of Obstet.*, vol. XXIV, p. 595.
22	HARRIS		id.	Mort par septicémie	*Amer. Gynæc. and Obstet. J.*, vol. X, p. 37.
23	TEXIER	Fibrome calcifié inclus dans le ligament large droit.	id.	Guérison	*J. de méd. de Bordeaux* 19 juillet 1896.
24	FREUND		id.	Guérison	FEUCHTWANGER, Inaug. Dissert. Strassburg, 1897.
25	DURET	Enorme fibrome comprimant la vessie et l'uretère, qui furent déchirés au cours de l'opération.	Hystérectomie abdominale après morcellement du fibrome.	Guérison	*Semaine gynécologique*, 1897, p. 237.
26	STAUDE	Fibromes sous-péritonéaux calcifiés avec adhérences à l'intestin qui fut déchiré.	Hystérectomie abdominale.	Guérison	LOMER, Observation 37.
27	DORF		Hystérectomie supra-vaginale.	Guérison	*Société belge de Gynécologie*. 1897.
28	JACOBS		Hystérectomie abdominale.	Guérison	*Société belge de Gynécologie*. 1897.
29	ALEXANDER		Hystérectomie supra-vaginale.	Guérison	LOMER, Observation 41.
30	QUÉNU	Fibrome calcifié ayant déterminé des accidents de cystite et de rétention d'urine.	id.	Guérison	*Société anatomique*, Paris, juillet 1898, p. 561.
31	QUÉNU		id.	Guérison	Thèse GUIBÉ, Observation 2.
32	TERRIER	Fibrome sphacélé entouré par une coque calcifiée.	id.	Guérison	Thèse GUIBÉ, Observation 3
33	VITRAC	Fibrome calcifié pesant 13 kilogr. avec calcul vésical.	Hystérectomie abdominale totale.	Mort par infection vésicale	*Gaz. hebd. des Sciences méd. Bordeaux*, 1898, p. 183.
34	ROCHARD		id.	Mort par embolie le 23e jour	Thèse GUIBÉ, Observation 4.
35	BRIGGS		Hystérectomie abdominale.	Guérison	*England Obstetrical and Gynæcological Society*, mars 1900.
36	WATHERILL	Fibrome calcifié sous-péritonéal pédiculé.	Hystérectomie supra-vaginale.	Guérison	*Amer. J. of Obstet.*, janvier 1901.
37	FORGUE	Fibrome calcifié ayant déterminé des hémorragies très abondantes.	id.	Mort	BLANC, Th. Montpellier. 1900.
38	CULLINGWORTH		Hystérectomie abdominale.	Guérison	*Amer. J. of. Obstet.*, janvier 1902.
39	LOMER	Fibrome calcifié avec volumineux pyosalpinx crevé au cours de l'opération.	Hystérectomie totale	Mort	LOMER, Inaug. Dissertat.
40	DELORE	Fibrome calcifié ayant déterminé une rupture brusque de la vessie.	Laparotomie.	Mort	MAILLAND, *Gaz. des hôpitaux*, 8 octobre 1901.

POTHERAT	Fibrome sphacélé entouré par une coque calcifiée.	Hystérectomie supra-vaginale.	Guérison	*Société de Chirurgie*, 30 juin 1903.
VILLARD		id.	Guérison	*Société des sciences médicales de Lyon*, 7 février 1903.
LAUWERS	Fibrome calcifié provoquant des douleurs très vives.	id.	Guérison	*Bull. de la Soc. belge de Gynéc. et Obsté.* 1903, Obs. 13.
LAUWERS		id.	Guérison	id. Obs. 54.
LAUWERS	Fibromes multiples, calcifiés, et kyste dermoïde de l'ovaire.	id.	Guérison	id. Obs. 70.
LAUWERS	Fibrome sous-séreux calcifié avec polype intra-utérin gangrené.	id.	Guérison	id. Obs. 186.
NOBLE	Fibrome calcifié comprimant les uretères.	id.	Mort par urémie	*Amer. Journ. of Obstet.*, septembre 1901.
NOBLE		id.	Guérison	id.
NOBLE		id.	Guérison	id.
NOBLE		id.	Guérison	id.
NOBLE		id.	Guérison	id.
MOUCHET		id.	Guérison	*Société anatomique*, Paris, 1904, p. 707.
DELORE	Enormes fibromes calcifiés et suppurés de l'utérus et de l'ovaire.	Morcellement de la tumeur, puis hystérectomie abdominale.	Guérison	*Société des Sciences méd. de Lyon*, 20 janvier 1904.
GOULLIOUD	Fibrome calcifié ayant déterminé une torsion de l'utérus sur son axe.	Hystérectomie supra-vaginale.	Guérison	*Société de Chirurgie de Lyon*, 14 avril 1904.
WALTHER		id.	Guérison	G. PIQUAND, *loco citato*.
QUÉNU		id.	Guérison	id.
WALTHER		id.	Guérison	id.
QUÉNU		id.	Guérison	id.
MEYER	Fibrome partie calcifié et partie ossifié.	Myomectomie	Guérison	LOMER, Inaug. Dissert., Obs. 32.
ROUTH		id.	Guérison	*Trans. of the Obstet. Soc. London*, vol. XXXVIII, p. 388
WALLACE	Fibrome calcifié sous-péritonéal, rattaché par un pédicule à un utérus gravide.	id.	Guérison sans interruption de grossesse.	*Brit. med. Journal*, n° 1948, p. 1131.
SCHRAMM	Volumineux fibrome calcifié déterminant de la rétention d'urine et de l'occlusion intestinale.	id.	Guérison	LOMER, Inaug. Dissert., Obs. 39.
BRIGGS		id.	Mort	*England Obstet. and Gynæc. Society*, mars 1900.
LOMER		id.	Guérison	LOMER, Inaug. Dissert.

BRIDE AMNIOTIQUE ET MALFORMATIONS MULTIPLES DE LA FACE ET DU CRANE[1]

Par J. AUDEBERT.

Voici deux photographies (fig. 1 et 2) qui représentent très exactement toutes les malformations que j'ai pu observer récemment chez une enfant née à la Clinique dans les conditions suivantes :

Obs. (n° 40 de l'année 1905). — *Bride amniotique. — Enroulement du cordon autour de la bride. — Expulsion d'un fœtus mort et macéré présentant des malformations multiples (gueule-de-loup, méningo-encéphalocèle, arrêt de développement de la voûte cranienne et de la partie supérieure de la face).* — Primipare âgée de 26 ans, chiffonnière, née en Espagne, entre à la Clinique le 18 février 1905, à 1 heure de l'après-midi, souffrant depuis 3 heures du matin.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants, trois frères et trois sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein jusqu'à deux ans, elle a marché à quatre mois. Premières règles à 14 ans ; menstruation régulière, durant trois à quatre jours, n'a jamais été malade et ne présente actuellement que de la blépharite chronique et du trichiasis.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 1er au 3 juillet. Le père de son enfant serait terrassier et n'aurait jamais été malade. Rien à signaler au début de la grossesse, si ce n'est un peu de leucorrhée. Les mouvements actifs ont été perçus pour la première fois au mois de novembre. Exerçant le métier de chiffonnière, elle a continué son rude travail pendant toute la grossesse. Le 11 février, elle voulut soulever avec trois autres femmes un ballot de chiffons qui pesait, dit-elle, 200 kilogrammes environ ; à ce moment-là, elle ressentit une vive douleur dans les reins, douleur qui persista jusqu'au moment de l'accouchement.

Accouchement. — A son entrée dans le service, on constate une hauteur utérine de 25 centimètres et un diamètre transversal de 27 centimètres ; les contractions utérines très rapprochées et très violentes ne permettent pas de faire le diagnostic de la présentation par le palper. L'auscultation reste négative ; la femme affirme, d'ailleurs, d'une façon très catégorique que depuis le 12 février, c'est-à-dire depuis le lendemain de l'accident, elle n'a plus senti remuer son

(1) Communication faite à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, avril 1905.

enfant. Par le toucher, on trouve une dilatation de 6 centimètres environ, et une poche d'eaux, volumineuse, cylindrique, presque constamment tendue; cette poche des eaux augmente de plus en plus de volume et arrive bientôt à la vulve; elle se rompt à ce moment (1 h. 30) et laisse échapper un demi-litre environ de liquide rose contenant quelques stries de méconium. La partie fœtale, que l'on n'a pas pu reconnaître jusqu'alors par suite du volume de la poche amniotique, apparaît alors dans l'écartement des grandes lèvres; mais à première vue, pas plus par l'inspection que par le toucher, on ne peut la diagnostiquer; c'est une masse informe, mollasse et recouverte par une membrane luisante. Sous l'influence des efforts expulsifs de la parturiente, cette membrane se rompt, et quelques débris de substance cérébrale sont expulsés, puis cette masse se dégage complètement, et l'on aperçoit alors une tête monstrueuse, casquée d'une tumeur dont l'enveloppe s'est rompue partiellement. L'expulsion des épaules et du tronc se fait immédiatement après.

L'enfant prématuré est mort et macéré; quarante minutes après, on fait l'expression utérine et le placenta se dégage. Il pèse 260 grammes, la caduque très épaissie est retenue en partie dans l'utérus. L'amnios paraît normal. Injection intra-utérine et drainage. Suites de couches physiologiques.

Le fœtus pèse 1.340 grammes. La macération de son épiderme permet de faire approximativement remonter la mort à une semaine.

La monstruosité cranienne, que j'ai sommairement indiquée, s'explique par la présence d'une bride amniotique, qui est appliquée sur la face et sur le sommet du crâne de l'embryon.

Description de la bride. — Elle s'insère sur les membranes, sans qu'on puisse préciser son point d'origine, car elle paraît les continuer directement. Le sac membraneux, dissocié et déchiré en plusieurs endroits, rend de plus cette recherche fort difficile.

La bride naît par trois pédicules, constitués par l'amnios replié sur lui-même et formant une sorte de patte d'oie. Le tronc unique formé par ces trois pédicules est tordu sept à huit fois sur lui-même; il va en s'effilant et rencontre alors la tige funiculaire; cette première portion mesure 7 centimètres. Le cordon s'enroule trois fois autour de la bride et à ce niveau présente deux rétrécissements qui paraissent porter surtout sur le revêtement gélatineux. Au-dessus, du côté placentaire, les vaisseaux funiculaires sont ectasiés. Après avoir cheminé ensemble sur une longueur de 2 ou 3 centimètres, bride et cordon se séparent, l'un se dirigeant vers l'ombilic et l'autre vers la face; la longueur totale du cordon est de 29 centimètres (fig. 1 et 2).

Arrivée sur ce qui représenterait la suture inter-frontale, la bride, à ce moment réduite à un mince cordon, se dédouble et envoie un feuillet à droite et un feuillet à gauche. Chacun de ces feuillets s'apanouit en éventail et couvre les parties latérales de la face; à gauche, il descend jusqu'à la fissure du maxillaire supérieur, dans laquelle il envoie un petit prolongement. Réunis, ils se prolongent sur le sommet du crâne où existe une vaste brèche osseuse, à travers laquelle fait hernie le cerveau revêtu des méninges. A ce niveau la

bride se fusionne avec les méninges, et il devient impossible de distinguer l'une des autres.

Fig. 1. — A gauche se trouve le placenta, relié à la tête du fœtus par un pont membraneux dans lequel on trouve le cordon enroulé autour d'une bride amniotique.

Fig. 2. — Le cordon a été dégagé de la bride amniotique, qui s'étend du placenta à la tête du fœtus. A la partie inférieure de la figure, on voit le cordon qui du placenta se rend à l'ombilic du fœtus.

Crâne. — L'occipital paraît à peu près intact; la portion écailleuse est

cependant un peu atrophiée; toute cette région est recouverte de peau saine et de cheveux. Les temporaux et le maxillaire inférieur sont normaux. Le pariétal droit est représenté par une surface d'un demi-centimètre carré environ; entre ce pariétal et l'occipital, on trouve une toute petite suture. Le pariétal gauche n'existe pas. Les frontaux sont réduits à de minuscules masses osseuses, qui occupent la région de l'arcade sourcilière.

La méningo-encéphalocèle est du volume d'une belle mandarine; elle est cernée à sa base par un sillon peu profond, où il semble qu'on puisse suivre les terminaisons de la bride amniotique. De plus, sa surface présente une lobulisation irrégulière, qui paraît en rapport avec des ligaments fibreux d'origine amniotique. Presque au centre de la tumeur, apparaît un sillon profond, dirigé très nettement d'avant en arrière et représentant, vraisemblablement, la scissure inter-hémisphérique.

Face. — Le nez forme un tubercule irrégulier, vaguement quadrilatéral, limité en bas par la cavité buccale, qui mesure 3 centimètres d'ouverture, et par les deux fissures latérales, constituant un double bec-de-lièvre et remontant dans le sillon naso-génien jusqu'à plus de 2 centimètres. A l'extrémité inférieure de ce tubercule, s'ouvrent les deux narines, qui ont une profondeur d'un centimètre et demi à peu près. La narine droite communique avec la bouche par un orifice assez large; par la narine gauche, la sonde cannelée arrive sur la muqueuse palatine, la déprime, mais il n'y a pas de communication. Les brèches latérales se prolongent très profondément sur la voûte palatine et se perdent dans le pharynx.

La langue, le plancher de la bouche, le maxillaire inférieur, le menton et la partie inférieure des joues ne présentent pas d'anomalies.

A 1 centimètre au-dessus des narines, se trouve un petit sillon, au-dessus duquel les tissus sous-jacents sont à demi masqués par la bride amniotique, la partie inférieure au contraire étant recouverte de peau d'apparence saine. Sous cette bride amniotique on voit par transparence, sur la ligne médiane, quelques cheveux et sur les côtés les rudiments des globes oculaires; après incision, on constate que l'œil gauche est réduit à une petite masse, de la grosseur d'un grain de maïs, dans lequel on reconnaît les éléments pigmentés de la choroïde. L'œil droit est sensiblement plus gros et paraît à peu près normal; la paupière supérieure se retrouve presque en entier. En dehors des cavités orbitaires, la membrane amniotique s'étale et arrive jusqu'à un demi-centimètre du pavillon de l'oreille; il y a là un sillon très net qui sépare la portion recouverte et mutilée par la bride du reste du crâne (oreilles, région péri-auriculaire) qui ne présente pas d'anomalies.

Le corps du fœtus est normalement constitué et paraît avoir le développement d'un fœtus de sept mois.

D'après cette description et surtout en se rapportant aux deux photographies qui l'éclairent et la complètent, on voit que ce monstre n'est pas sans analogies avec ceux que MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage

ont reproduits dans leur *Précis d'obstétrique* ou avec celui que M. Lepage a présenté, le 11 février dernier, à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris.

Je crois superflu de démontrer que, dans cette observation, ces diverses malformations sont causées uniquement par la bride amniotique : la limitation des lésions aux régions occupées par la formation amniotique, l'intégrité absolue de celles où on ne la retrouve pas, la démarcation si tranchée entre les tissus sains et les parties atteintes, prouvent surabondamment que l'adhérence amnio-fœtale est seule coupable.

Il est plus malaisé d'en discerner la cause première et d'en expliquer la production. L'examen attentif de l'amnios, l'interrogatoire approfondi de la parturiente ne fournissent aucune indication. Nous n'avons en effet relevé sur les membranes aucune indice d'amniotite, pas plus que de tare syphilitique ou alcoolique chez les ascendants.

La profession très pénible exercée par la femme, les fatigues excessives qui en ont été les conséquences, les traumatismes auxquels elle a été exposée au début de la gestation, ne pourraient-ils pas jouer un rôle important dans cette pathogénie ? Tout en croyant la chose possible, je me garderais de l'affirmer.

Quand j'ai vu pour la première fois ce monstre, j'ai pensé de suite que je me trouvais en présence d'un cas d'étranglement du cordon par une bride amniotique, comme dans la curieuse observation publiée par M. Couvelaire dans les *Annales de gynécologie* (juin 1900).

Mais le rapprochement est plus apparent que réel; car, en *réalité*, *ici c'est le cordon qui est enroulé autour de la bande fibro-membraneuse*. Cette bande a cependant laissé une empreinte très visible, et en deux endroits on constate un léger rétrécissement de la tige funiculaire.

Mais il ne semble pas que les vaisseaux aient été sérieusement comprimés; à ce niveau, en effet, le volume du cordon est encore égal à celui d'un crayon. Je n'ai pas cherché à savoir si les vaisseaux funiculaires étaient encore perméables ; la mort du fœtus remontait déjà à une semaine environ, et l'oblitération vasculaire que j'aurais très vraisemblablement constatée, devait être attribuée, sans aucun doute, aux phénomènes nécrobiotiques ordinaires, plutôt qu'à une compression mécanique.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

OPÉRATION NOUVELLE POUR LA CURE DE LA CYSTOCÈLE VAGINALE

Toutes les méthodes actuelles de traitement de la cystocèle vaginale consistent dans l'excision d'une portion plus ou moins étendue de la paroi vaginale antérieure et dans la réunion des bords de la brèche ainsi créée. On rétrécit le vagin et l'on crée une cicatrice destinée à supporter la vessie.

Dans un travail récent (1), Ernest W. Hey Groves fait remarquer que les releveurs constituent le vrai plancher pelvien, que dès lors, pour guérir une hernie vésicale, il est plus rationnel de s'adresser à ces muscles, dont les attaches sont fixes, qu'à des parties mobiles comme le vagin, susceptibles de se déplacer de nouveau; c'est donc aux releveurs qu'il faut s'adresser pour former un soutien à la vessie.

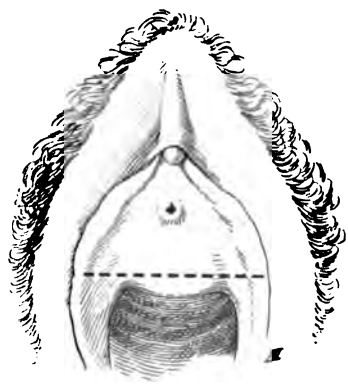


Fig. 1. — La ligne pointillée indique le tracé de l'incision.

Partant de ce principe, Groves fait une incision transversale d'une grande lèvre à l'autre, à environ 3 centimètres en arrière du méat uréthral (fig. 1). L'incision divise toute l'épaisseur du vagin. Ses deux bords sont rétractés en haut et en bas ; avec le doigt ou le manche d'un scalpel on sépare l'urèthre et

(1) *The Journal of obstetrics and gynecology of the British Empire*, March 1905, VII, 187.

la vessie de la paroi vaginale. Les bords des releveurs sont alors reconnus dans les angles de la plaie. On peut les amener au contact presque sans tension. Deux ou trois sutures en capiton sont passées à travers la plus grande épaisseur possible de muscle et nouées sur la face extérieure de l'un d'eux. Ces sutures passent à environ 1 centimètre et demi du bord des muscles, qui sont réunis par des points de suture fine et interrompue (fig. 2). Ainsi se trouve

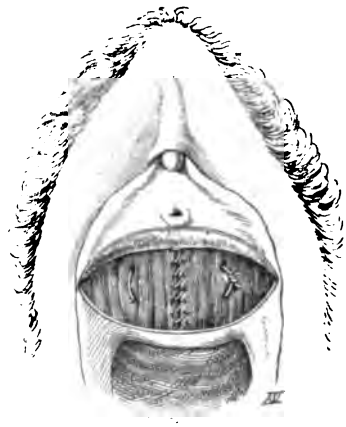


FIG. 2. — Après dédoublement de la cloison uréthro-vaginale, on a été chercher le bord des releveurs, que rapprochent un point en capiton, prenant à distance les muscles, et une suture en surjet réunissant leurs bords.

constitué un corps musculaire long de 2 centimètres environ, épais de 1 cm. 5, au-dessous de la base de la vessie qu'il supporte.

Pour terminer, on réunit au catgut les bords de l'incision initiale, après avoir réséqué la portion de muqueuse vaginale exubérante.

Nous ne savons pas ce que l'avenir réserve à cette nouvelle opération, mais il nous semble que la critique adressée par Groves aux anciens procédés tombe si l'on combine, comme on doit toujours le faire, une périnéorraphie à la colporraphie antérieure. On soutient ainsi la cicatrice de la paroi vaginale antérieure, en la faisant reposer sur un périnée qui sera solide si son corps musculaire est bien reconstitué.

H. H.

INAUGURATION DU MONUMENT DE TARNIER

L'inauguration du monument élevé par souscription à la mémoire de Stéphane Tarnier et la remise de ce monument à la Ville de Paris par le professeur Brouardel, au nom du Comité, ont eu lieu sous la présidence de M. Bienvenu-Martin, ministre de l'Instruction publique, le 1er juin 1905. Des discours ont été prononcés par MM. Brouardel, Autrand, représentant le Préfet de la Seine; Rebeillard, vice-président du Conseil municipal; Pinard, Budin, Mesureur et Bienvenu-Martin.

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

Monsieur le Ministre, Mesdames, Messieurs,

En élevant le monument autour duquel vous êtes réunis, les élèves, les amis et les collègues du professeur Tarnier ont voulu transmettre à la postérité le témoignage de leur admiration et de leur reconnaissance pour l'œuvre de ce Maître.

Tarnier a largement accru le domaine de l'art obstétrical. De ses nombreux travaux je n'en retiens qu'un seul, celui qui a permis à lui et à ses élèves d'arracher à la mort plusieurs milliers de femmes en couches. Il suffit à justifier l'hommage que nous rendons aujourd'hui à sa mémoire.

Interne à la Maternité en 1856, Tarnier fut profondément ému par la mortalité qui frappait les accouchées. Il ne put supporter sans indignation le spectacle d'un massacre auquel ses maîtres assistaient impuissants, découragés. Ils répondaient à ses questions : « Cela a toujours été ainsi, et cela sera toujours. »

« Je me révoltai, dit Tarnier, contre le fatalisme d'une telle réponse, et, dans l'ardeur et la confiance que donne la jeunesse, j'essayai de découvrir la cause des épidémies de fièvre puerpérale et de trouver les moyens de lui porter remède. »

Le jeune interne fit une enquête personnelle. Il compara la mortalité des femmes qui, en 1856, étaient accouchées à la Maternité et de celles qui étaient

accouchées en ville. A la Maternité la mort avait frappé 1 femme sur 19, dans certaines périodes 1 sur 6 ; en ville il y avait eu 1 victime pour 322 accouchées, dans l'arrondissement même où se trouve la Maternité !

Ce génie épidémique, ce *quid divinum* devant lequel on s'inclinait, en se croyant impuissant, ne franchissait donc pas les murs de l'hôpital ! Pourquoi ? Parce que l'accouchée malade est un péril pour ses voisines.

Tarnier consigna le fait dans sa thèse de doctorat et conclut que la fièvre puerpérale existe, qu'elle est épidémique et contagieuse.

Ceux d'entre nous qui en 1857 n'étaient pas encore entrés dans la carrière médicale ne peuvent pas soupçonner quelle audace il fallut à ce jeune interne pour rompre par de telles affirmations avec les doctrines qui régnaient incontestées en France et à l'étranger. Ce n'est pas seulement dans le domaine de l'obstétrique que Tarnier avait fait une révolution, il avait montré la voie à suivre dans la lutte contre toutes les maladies transmissibles.

A cette époque, ni la variole, ni la diphtérie, ni les infections chirurgicales n'étaient réputées contagieuses. Douze ans après la découverte de Tarnier, l'Académie de médecine discutait encore sur la spontanéité et la spécificité morbides.

Tarnier avait eu une idée de génie. Il eut la persévérance, la volonté de la faire triompher, et il y réussit.

Quinze ans plus tard, chirurgien en chef de la Maternité, il fit construire un pavillon dans lequel chaque accouchée était rigoureusement isolée de ses voisines. Le succès démontra par cette épreuve, qui vaut une expérience, que les conceptions de Tarnier étaient exactes.

Pendant cette première période, Tarnier pensait que l'air des salles encombrées était le véhicule des germes contagieux. Mais lorsque éclatèrent les découvertes de Pasteur, lorsque celui-ci eut démontré que l'agent du contage était un microbe, le streptocoque, il se rallia sans hésitation aux doctrines pastoriennes, il étudia l'action des divers antiseptiques, et dès 1881, au Congrès de Londres, il annonçait les résultats obtenus par l'usage du sublimé.

En 1856, il mourait 10 femmes en couches sur 100 ; en 1881, il n'en mourait plus qu'une seule.

Un jour, en 1870, devant la Société des médecins et des chirurgiens des hôpitaux réunis pendant le siège de Paris, Tarnier s'écriait : « Il meurt chaque année à Paris 1.600 femmes de trop ! » Le résultat a été plus beau que ses espérances n'osaient le concevoir : à Paris, on doit compter chaque année plus de 2.000 accouchées sauvées grâce à lui.

Partout la doctrine de Tarnier a été adoptée, partout le succès a été le même. Chaque année, dans le monde entier plus de 100.000 femmes lui doivent la vie.

Aussi, je le dis avec une profonde conviction, ce monument ne consacre pas seulement la gloire de l'un des membres de la Faculté de médecine de Paris ou de l'Académie de médecine, il consacre une gloire nationale.

En présidant cette solennité, Monsieur le Ministre de l'Instruction publi-

que, en y assistant, Messieurs les Membres du Conseil municipal, du Conseil général, Messieurs les Préfets, Monsieur le Recteur, vous témoignez que la France et la Ville de Paris partagent ce sentiment.

Ses collègues, ses élèves vous parleront de l'homme, de sa bonté, de son dévouement ; ils vous diront que les efforts de Tarnier ne se sont pas limités à ce sujet, mais celui que je viens de rappeler suffit pour sauver sa mémoire de l'oubli.

Le Comité, dans lequel ont tenu à prendre place nombre de dames qui furent les clientes de Tarnier, et dont quelques-unes lui doivent la vie, est heureux d'avoir trouvé, pour perpétuer le témoignage de leur reconnaissance, deux artistes, MM. Denys Puech et Scellier de Gisors. Leur chef-d'œuvre est sous vos yeux : ils ont su traduire avec un incomparable talent les sentiments de tous ceux qui ont connu et aimé Tarnier.

Le Comité confie à la Ville de Paris la garde de ce monument élevé à celui qui, un des premiers, sut rompre avec la tradition, démontrer la contagion des accidents puerpéraux et conserver à leurs enfants des milliers de mères de famille.

DISCOURS DE M. AUTRAND

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA PRÉFECTURE DE LA SEINE

MONSIEUR LE MINISTRE,
MESDAMES,
MESSIEURS,

Au nom de M. le Préfet de la Seine, j'ai l'honneur de recevoir le beau monument qui a été élevé à la mémoire du professeur Tarnier et que M. le docteur Brouardel, président du Comité de souscription, remet à la Ville de Paris.

En me donnant cette mission, M. le Préfet m'a chargé de féliciter les collègues, les amis et les élèves de Tarnier de leur pensée reconnaissante ; et il a voulu aussi apporter le tribut de son admiration au philanthrope et au chef d'Ecole qui a personnifié l'obstétrique française.

Certes, ce n'est pas dans cette cérémonie que préside un membre distingué du gouvernement de la République, devant ces maîtres éminents dont la présence est hautement significative, que j'oserais louer les découvertes de Tarnier et leur valeur scientifique. D'autres l'ont fait ailleurs ou vont le faire encore, dans ce jour de glorification, avec l'autorité qui convient, avec tout l'éclat qu'elles méritent.

N'est-ce pas de ses élèves, MM. les professeurs Pinard et Budin, M. le docteur Bar qui lui ont consacré ces paroles émues dans lesquelles on ne sait ce

qu'il faut admirer davantage, du souci qu'ils ont de mettre en lumière l'importance de l'œuvre de Tarnier ou de l'expression de gratitude profonde et très douce qu'ils gardent à leur illustre maître? C'est avec tendresse qu'ils ont retracé ses premiers et décourageants efforts, dépeint ce qu'avait produit sur lui, au début de sa carrière médicale, la vue de ces pauvres mères fauchées par la fièvre puerpérale. Et avec infiniment de reconnaissance, ils ont parlé de la puissance du remède trouvé par Tarnier, établissant que le mal contagieux ne dépassait guère les murs de l'hôpital, de l'ingéniosité de ses instruments pour faire disparaître la douleur humaine. Ils ont rendu hommage enfin à son extrême bonté et à sa bienfaisance pour les malheureux, car, il faut le redire aujourd'hui : chez Tarnier, le cœur n'avait rien à envier au cerveau !

Mais ce que nous devons retenir et célébrer, nous représentants de la municipalité de Paris, ce sont, plus encore que ses travaux, leurs merveilleux résultats. C'est à Paris ; c'est dans ces établissements de la Maternité et de la clinique qui porte son nom où il a enseigné pendant près de trente ans, qu'ils furent obtenus et constatés. Jusqu'à lui, la Maternité avait été réputée par le nombre excessif de la mortalité parmi les femmes en couches. Et la légende s'était établie qu'un chirurgien, rencontrant sur le boulevard Port-Royal une malheureuse qui s'acheminait vers la Maternité, lui aurait crié : « N'entrez pas ici, si vous voulez vivre ! »

Eh bien ! grâce à Tarnier, grâce à l'emploi des méthodes antiseptiques et à l'isolement des femmes qu'il avait préconisés, il était possible enfin de lutter contre le fléau victorieusement. La population parisienne, qu'avaient effrayée de terribles épidémies de fièvre puerpérale, reprenait confiance dans les services publics d'accouchement. La mortalité s'y trouvait grandement diminuée. Nombre de vies humaines étaient épargnées. Ainsi Tarnier méritait, quelle que fût sa modestie, d'être appelé un bienfaiteur de Paris et de l'humanité.

Messieurs, Tarnier est mort en 1897. Il a voulu reposer dans son pays, dans un cimetière de Bourgogne, auprès de parents qu'il avait tendrement aimés. Son cœur est là-bas. Mais, c'est ici, dans ces quartiers témoins de son dévouement et de ses découvertes ; c'est autour de ce monument qui les rappelle d'une façon si expressive et si touchante, que, grâce à ses collègues, à ses élèves, à ses admirateurs, Paris reconnaissant pourra mieux honorer son souvenir !

DISCOURS DE M. REBEILLARD

VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL MUNICIPAL.

MONSIEUR LE MINISTRE,
MESSIEURS,

Au mois de juillet dernier, la Ville de Paris recevait le superbe monument élevé à la gloire de Pasteur par la reconnaissance publique.

Aujourd'hui, elle est heureuse de prendre possession de ce haut-relief, à la fois sévère et gracieux, qui consacre la mémoire de Tarnier.

Pasteur ! Tarnier! Dans l'histoire des sciences biologiques au dix-neuvième siècle, ces deux noms ne doivent pas, ne peuvent pas être séparés. Non qu'ils soient unis par des liens étroits de maître à disciple, mais parce qu'avec une intuition admirable, et dès le début de sa carrière médicale, le grand clinicien s'était engagé dans la voie que Pasteur devait ouvrir si largement plus tard avec l'impérieuse autorité du génie.

Dès 1857, c'est-à-dire bien avant les premières découvertes en microbiologie, dans sa thèse pour le doctorat, Tarnier ne se contente pas d'affirmer résolument la contagiosité de la fièvre puerpérale ; il le fait dans des termes qui indiquent une véritable prescience des théories pasteuriennes.

Il parle de ferment, de miasme contagieux, d'empoisonnement, de virus, puis de disposition favorable des malades non plus à l'élimination, mais au développement du poison ; abordant, l'année suivante, l'étude des moyens curatifs, il préconise l'isolement des malades, posant ainsi, à l'aide de la seule observation clinique, le problème médical sous ses trois faces : constatation de la cause initiale, probable influence du terrain de développement, moyen thérapeutique essentiel.

Etant donné l'état de la science en 1858, on peut affirmer sans aucune exagération que c'était là une resplendissante vision d'avenir.

La clinique avait devancé le laboratoire.

Mais peut-être ne nous appartient-il pas de nous étendre plus longuement sur ce sujet purement technique, et il semble bien que le rôle du représentant de la population soit plutôt de signaler les résultats obtenus par Tarnier que d'analyser son œuvre scientifique, A ce point de vue, deux innovations pratiques dominent la carrière de l'illustre chirurgien : la lutte efficace contre la fièvre puerpérale et les accidents infectieux de l'accouchement, le sauvetage des nouveau-nés débiles par l'emploi de la couveuse.

Pour se rendre compte de l'importance de la première de ces initiatives, il faut rappeler, après M. le professeur Pinard, qu'au moment où Tarnier entrait à la Maternité en qualité d'interne, la mortalité des femmes enceintes y atteignait le chiffre effroyable de 9 p. 100 et qu'après vingt ans de luttes, Tarnier, avant l'emploi des moyens antiseptiques, était arrivé à abaisser ce chiffre à 2, 32 p. 100. Grâce à la méthode pasteurienne, il est aujourd'hui tombé à moins de 1 p. 100, mais il serait injuste de noyer le souvenir du précurseur dans le rayonnement prestigieux du fondateur de la bactériologie.

Quant à l'emploi généralisé et perfectionné de la couveuse, il a sauvé un nombre incalculable d'enfants, condamnés à périr de débilité et d'athrepsie.

Il sera bien permis à un membre du conseil de surveillance de relever ici que Tarnier ne fut pas seulement un savant éminent et un grand opérateur, mais qu'il fut aussi le modèle des chefs de service.

Si considérables que fussent ses travaux originaux, si absorbante que fût son œuvre d'enseignement, elle ne fit jamais tort à son œuvre d'assistance ; les

recherches du laboratoire, les leçons aux élèves ne l'éloignèrent jamais du lit des malades. Il trouvait dans sa salle d'hôpital non seulement un vaste champ d'étude, mais une grande école de pitié. Il professait cette vérité élémentaire et naïve, que la guérison du malade est le but suprême du labeur médical : il avait l'ambition de n'être pas seulement un grand homme de science, mais aussi un grand homme de bien.

Le beau monument que nous avons sous les yeux, et à l'édification duquel MM. Denys Puech et Scellier de Gisors ont apporté le concours de l'art le plus délicat, symbolise admirablement la haute philosophie sociale qui se dégage de l'œuvre de Tarnier. Pensif, le maître est debout devant une femme accouchée qui tient entre ses bras son enfant, et il y a dans son attitude et sur sa face tant de familière bonté que cette impression domine toutes les autres.

C'est sur cette parole, Messieurs, que je veux finir.

C'est le meilleur remerciement que je puisse adresser au nom de la population parisienne aux membres éminents qui composent le comité présidé par M. le professeur Brouardel et auquel nous devons cette belle œuvre d'art.

En passant devant elle pour gagner leur lit d'hôpital, les pauvres mères pourront jeter un regard de gratitude sur l'image de leur grand ami, de Tarnier, sauveur de tant d'existences enfantines incertaines et balbutiantes, protecteur de la maternité auguste.

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR PINARD

Monsieur le Ministre, Mesdames, Messieurs.

A cette fête commémorative qui glorifie Tarnier, la Faculté de médecine ne peut taire ni sa fierté, ni sa reconnaissance. Elle est heureuse aujourd'hui d'apporter à ce grand apôtre de la vérité et du progrès l'hommage qui lui est dû.

Si le 17 avril 1857, jour où Tarnier, revêtu de la simple robe noire du candidat au titre de docteur, est venu modestement mais fermement lui dire : *M'appuyant sur les règles de la pathologie, c'est avec sincérité et conviction que je soutiens que la fièvre puerpérale est contagieuse*; si à ce moment, dis-je, la Faculté avait compris l'importance de cette affirmation, qui n'était autre que l'énoncé d'une grande découverte, découverte devant anéantir le génie épidémique scolastique, ce jour-là, elle eût dû lui rendre les honneurs du triomphe.

Car Stéphane Tarnier lui apportait une vérité génératrice des moyens à employer pour sauvegarder, sur ce champ de bataille, qui celui-là persistera autant que durera l'espèce humaine, la vie des êtres qui nous sont deux fois chers : la vie des femmes mères et misérables.

La couronne de Tarnier est belle, mais, sans conteste, cette découverte en constitue le plus précieux fleuron.

Oui, Tarnier a été un maître incomparable; oui, je proclame aussi, après tant d'autres, que ses titres de haute noblesse scientifique sont tels qu'ils lui garantissent pour toujours l'admiration de ses pairs; assurément, il mérite d'être inscrit en première page au livre d'or de l'obstétrique, mais ce qui au-dessus de tout assure la pérennité de son nom, c'est, comme on le disait avec tant de raison il y a un instant, c'est que Tarnier dans une action révolutionnaire a montré la voie à suivre pour lutter efficacement, non seulement dans le domaine de l'obstétrique, mais aussi dans le domaine médical et chirurgical, contre toutes les maladies transmissibles. Et ce faisant, Tarnier n'a fait œuvre ni d'accoucheur, ni même de médecin, il a été simplement un grand hygiéniste.

Ce n'est pas la guérison d'une maladie qui constitue son plus beau titre de gloire, c'est la démonstration des causes qui rendent les mères saines, malades, et l'indication des moyens à employer pour les empêcher de le devenir. Une fois de plus, il nous a donné la preuve que nous sommes beaucoup plus puissants pour prévenir que pour guérir.

Mais il ne suffit pas de dégager de l'œuvre de Tarnier la partie principale. Il est nécessaire de montrer la genèse de l'idée directrice qui guida toute sa vie.

Tarnier, étudiant en médecine, veut faire des études médicales ausi complètes que possible. Son père n'a qu'une ambition, il désire faire de son fils un honnête homme et un bon médecin. En 1856, étant interne des hôpitaux, il entre à la Maternité. Là il assiste journellement au spectacle le plus douloureux qu'un homme puisse contempler. Des êtres humains pleins de santé, des mères venues dans cet établissement pour y chercher secours n'y rencontrent que la mort. Mais il n'est pas que spectateur. Il souffre de ce supplice effroyable que seuls connaissent les médecins. En face du fléau qui fauche tant de vies, il se sent impuissant; il n'a, il ne connaît aucune arme pour lutter contre cet effroyable état de choses.

Du 1er au 10 mai, il voit entrer à la Maternité 32 femmes jeunes, bien portantes, et quelques jours après, de ces 32 femmes une seule était vivante.

Ce tableau, il ne l'oubliera jamais.

Dans sa désespérance, il interroge ses Maîtres, qui lui répondent avec un découragement passif : « C'est le génie épidémique qui tue ces femmes, cela a toujours été et cela sera toujours ainsi. »

Et pour faire disparaître cet ange exterminateur, ils n'ont d'autre ressource que de ne plus lui fournir de victimes. On le laisse mourir de faim, on évacue les services !

En présence de ce fatalisme, la souffrance de Tarnier s'accroît encore. Lui, qui, toute sa vie, eut si grande la pudeur de ses sentiments intimes, lui si doux, avoue publiquement la révolte de sa conscience.

Aussi à dater de ce moment, et d'une façon incessante et inlassable, il chercha la cause du mal et scientifiquement la démontra.

La nature lui avait donné un cerveau qui ne le cédait en rien à son cœur.

Combien il est doux de constater que l'éclair du génie jaillit de la bonté active de cette souffrance engendrée par celle des autres.

Assurément, aujourd'hui, on s'étonne volontiers que le fait démontré par Tarnier eût été si longtemps méconnu. Certes il paraît très simple d'avoir démontré que le génie épidémique ne franchissait pas les murs des hôpitaux et que l'isolement des mères malades est indispensable. Oui, sans doute, cela est vrai, et cela paraît tout aussi simple et aussi naturel, comme l'a dit mon collègue et ami Segond avec tant de justesse en son remarquable éloge, que d'avoir « trouvé le vaccin variolique après avoir su voir que la variole épargne les gens qui ont contracté le cow-pox en trayant les vaches. Mais ces simplicités-là s'appellent le génie de l'observation. »

Donc, en 1857, Tarnier sait comment le fléau se répand. Dès ce moment usqu'à sa mort, il ne cessera de lutter partout et contre tous pour l'anéantir.

Plus heureux que deux de ses devanciers, S. Kneeland (1846) et Semmelweis (1848), qui, tous deux, après avoir entrevu la vérité, moururent dans leur rêve, Tarnier put réaliser le sien.

Le 1er juillet 1867, il est le chef de service de cette Maternité, où il a tant souffert et aussi tant appris.

Il retrouve ce qu'il connaissait trop, car les préjugés sont tenaces et la tradition scolastique et administrative dure toujours. Les femmes continuent à mourir dans la proportion de 10 p. 100. Après bien des efforts, Tarnier parvient à appliquer et à faire appliquer ses procédés de lutte, et la mortalité tombe à 2 p. 100.

L'on ne saurait trop insister sur ce fait.

Et je répète aujourd'hui ce que je disais au cimetière d'Arc-sur-Tille sur la tombe de mon Maître :

Quelle est la découverte médicale qui a donné des résultats plus efficaces? Je n'en connais pas.

Aussi, quand surgirent les applications pratiques des découvertes de Pasteur et de ses disciples, applications que le chef de la Maternité accueillit avec enthousiasme et étudia avec passion, déjà une immense victoire avait été remportée grâce à la découverte de Stéphane Tarnier.

Si depuis, et par l'emploi des méthodes antiseptiques, la mortalité est tombée de 2 p. 100 à 1 p. 100 et au-dessous, les moyens employés pour lutter contre la contagion l'avaient fait tomber de 10 à 2 p. 100. Peut-être l'éblouissement causé par les découvertes du prodigieux génie qu'a été Pasteur et l'excessive modestie du génie précurseur ont-ils empêché d'apprécier comme elle le méritait l'importance de la découverte faite dans l'établissement de Port-Royal. Je ne puis douter que la postérité, qui commence aujourd'hui, remette les choses au point.

Il est donc facile de définir la vie de Tarnier :

Labeur incessant pour soulager ou faire disparaître la souffrance des autres.

Et de lui on peut dire aussi que, « dès qu'il connut la douleur humaine, il ne sut plus se détacher d'elle et il ne se déshabitua plus de la soulager ».

Aussi, en lui élevant ce monument, ses amis, ses élèves, ses collègues, n'ont pas voulu seulement matérialiser leur reconnaissance, mais ils ont voulu ainsi perpétuer par le plus bel exemple ce que peut produire ce sentiment d'un ordre si élevé et si pur de la bonté agissante, qui n'est autre dans la plus belle acception du mot que : l'humanité.

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR BUDIN

C'est au nom de l'Académie de médecine dont Tarnier fut un des membres les plus illustres, que je viens rendre hommage à sa mémoire.

Du début à la fin de sa carrière, notre Compagnie eut la primeur de ses travaux. A peine était-il reçu docteur, en 1857, que sa thèse y fut le point de départ d'une longue discussion sur la fièvre puerpérale ; un peu plus tard, en 1862, il y décrivit un nouveau moyen pour provoquer l'accouchement prématuré ; en 1877, il y communiqua ses recherches sur le forceps, qui ont placé son nom à côté de ceux de Chamberlen et de Levret ; en 1883, il y présenta le basiotribe, instrument qui permet de pratiquer, avec une grande facilité et une grande sécurité, des opérations autrefois difficiles et dangereuses ; en 1885, enfin, après avoir déjà, depuis plusieurs années, employé la couveuse, il montra quels soins doivent être donnés aux enfants nés avant terme. Il abordait ainsi les sujets les plus importants de l'obstétrique, et chacune de ses communications constituait un grand progrès.

Sa notoriété dans le monde entier était telle qu'il y a vingt ans déjà, l'Université d'Édimbourg lui décernait le titre de docteur, *honoris causa*. Avec Pasteur et avec Charcot, il eut cette gloire, et jamais nous n'oublierons l'accueil enthousiaste qui lui fut fait, le 1er août 1886, dans l'immense salle qui contenait le monde scientifique et les étudiants de la capitale de l'Écosse.

Sa notoriété ne fit que s'accroître encore, si bien qu'au lendemain même de sa mort le directeur général de l'Assistance publique de Paris, M. Peyron, et le Conseil de surveillance donnèrent à cet hôpital, où il avait passé les dernières années de sa vie, le nom de *Clinique* TARNIER.

Cet honneur, il le méritait, car personne n'avait fait plus que lui pour les Maternités. Dès son internat, il avait démontré que les épidémies de fièvre puerpérale n'existaient pour ainsi dire que dans les services d'accouchement, qu'il y avait dans ces établissements une contagion, contre laquelle il fallait lutter en isolant les femmes devenues malades. Plus tard, il fut des premiers, après les découvertes de Pasteur et les travaux de Lister, à introduire en France, après Lucas-Championnière, l'antisepsie dans les Maternités ; il fit plus, il nous

dota d'un agent merveilleux, le sublimé, antiseptique simple, peu coûteux, d'un maniement facile, et qui n'a depuis été remplacé par aucun autre. Les résultats ont été tels que, de nos jours, la fièvre puerpérale a pour ainsi dire complètement disparu des services hospitaliers.

Pendant son passage à la Maternité, Tarnier eut successivement des internes qui, sous sa direction, se livrèrent à une étude approfondie des accouchements; aussi quand le Conseil municipal, sur la demande de M. le docteur Bourneville, proposa la création d'accoucheurs des hôpitaux, Tarnier fit-il partie de la Commission qui fut nommée et parvint-il à convaincre ses collègues de l'utilité de cette institution. Elle a fait de Paris, nous pouvons le dire sans crainte d'être démenti, une des villes du monde où les femmes en couches et les nouveau-nés sont le mieux soignés et où l'enseignement de l'obstétrique est le plus complètement donné.

Et quand sa mort inattendue survint, ses élèves, ses collègues, ses amis, ses clientes reconnaissantes, décidèrent de lui élever un monument, dont l'exécution fut confiée à un de nos plus grands artistes. On se croirait vraiment transporté sous le ciel de l'Attique, près du Dipylon, le long de la route d'Athènes à Eleusis et retrouver un de ces chefs-d'œuvre du Céramique représentant avec une merveilleuse simplicité une scène de la vie familière.

Pauvres femmes qui passez, anxieuses pour l'époque de votre maternité prochaine, soyez sans inquiétude. Sous l'égide de Tarnier, dont vous lisez ici le nom, vous trouverez derrière ces murs un abri protecteur. Autrefois, c'est vrai, les maternités étaient redoutables; elles sont aujourd'hui, grâce à lui, l'asile le plus sûr que vous puissiez rencontrer; croyez-en cette jeune mère qui, joyeuse et bien portante, embrasse avec amour son enfant.

Derrière ces murs aussi, suivant la tradition de bonté qu'il a laissée, vous trouverez, à toute heure, pour vous assister, un personnel hospitalier, extrêmement modeste, mais d'un dévoûment absolu.

Si même, comme cela trop souvent se voit, celui dont vous attendez la venue arrive avant l'époque fixée par la nature, grâce à cette couveuse, le petit prématuré pourra vivre dans la douce chaleur qui lui est nécessaire; il pourra, grâce aux méthodes recherchées par Tarnier, parvenir à se développer normalement. Et quand, après quelque temps, vous partirez lui donnant le sein, il vous sera très facile de l'élever.

Vous reviendrez encore dans cette maison pour y recevoir chaque semaine les conseils dont vous aurez besoin, et bientôt votre enfant jouira d'une santé telle, que personne ne pourra soupçonner qu'il fut d'abord un être si débile; pour lui comme pour les autres, toutes les belles espérances d'avenir vous seront permises.

Grâce à l'éminent artiste qui a si fidèlement reproduit l'image de Tarnier dans son attitude quotidienne à l'hôpital, les générations futures ne pourront oublier qu'il fut pour ses contemporains un savant illustre, pour ses élèves un maître incomparable, pour les mères et pour leurs enfants un grand bienfaiteur.

DISCOURS DE M. MESUREUR

DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

MONSIEUR LE MINISTRE,
MESDAMES, MESSIEURS,

Le 25 novembre 1897, au lendemain de la mort du professeur illustre dont l'image est devant nous, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, sur la proposition du directeur de l'Administration, décidait de donner à la Clinique d'accouchement le nom de Tarnier.

Ce spontané et public hommage fut comme la pierre d'attente d'un monument plus digne de la gloire du maître. Aujourd'hui ce monument est achevé, il entre dans le patrimoine commun de la ville de Paris, et l'Assistance publique vous remercie de l'avoir associée à cette glorification, de la confondre avec les amis et les admirateurs de Tarnier, et de lui permettre d'apporter, elle aussi, l'expression de sa reconnaissance à celui qui a rendu sa tâche plus féconde. Dans les lignes sévères et harmonieuses de son cadre architectural, sa figure, où rayonne la puissance de la bonté, dira au passant qu'il y a des gloires très pures qui se forment loin du bruit et que dans cette maison s'accomplit quelque chose de noble et de grand pour la vie humaine, pour les vies fragiles qui seront l'avenir !

Je ne puis pas ne pas vous remercier aussi d'avoir placé sur ce fronton la gracieuse figure qui symbolise notre infirmière moderne. Les Maternités appartiennent sans conteste à l'infirmière laïque; aucune rivalité, à aucune époque, n'a cherché à l'en déposséder : les services d'accouchement sont compris parmi ces services hospitaliers que « les religieuses ne peuvent ou ne doivent pas faire ». L'infirmière laïque eut donc le rare bonheur de se former à la discipline hospitalière, de s'initier au dévouement aux lits des accouchées, aux berceaux des nouveau-nés, dans cet hôpital, où maintenant la pensée de la mort est bannie, où le cri de l'enfant rassure et réconforte, où la plainte de la mère s'achève dans un sourire, où le souci de l'humanité ne laisse place à aucun autre.

Cette délicate et démocratique allégorie, si heureusement traduite par l'artiste, ne répond-elle pas aux propres sentiments de Tarnier? Je le crois, j'en ai la preuve dans l'affection qu'il témoignait à ses modestes et dévouées collaboratrices, dans sa bonté à l'égard des femmes qui venaient à lui parmi les plus déshéritées d'entre toutes.

Dans le cri de révolte qu'il fit entendre, au début de sa carrière, contre la fatalité des épidémies qui décimaient les femmes en couches, il y eut autre chose que sa passion pour la science : on y perçoit sa profonde douleur des

hécatombes de la fièvre puerpérale et sa pitié infinie pour les mères pauvres : il pressentait que la mère heureuse était moins souvent frappée et il avait gardé toutes les générosités de son cœur pour la femme du peuple.

Ses maîtres avaient pu lui dire : « Cela a toujours été ainsi et cela sera toujours » ; Michelet avait pu écrire au même moment : « L'amour est le frère de la mort. Chaque fois que la femme consent à l'union et cède au désir de l'homme, elle accepte de mourir pour lui »... Tarnier refusa de se soumettre.

On peut oublier les découvertes et les merveilles d'obstétrique réalisées par Tarnier, pour ne rappeler, en ce jour, que le souvenir de cette grande bataille. Elle fut une victoire contre la fièvre insidieuse et criminelle ; une victoire aussi contre les préjugés fatalistes, mais surtout un bienfait dont les conséquences sociales sont incalculables.

L'Assistance publique devait apporter à cette grande mémoire son tribut de reconnaissance. Elle le fait au nom de toutes les mères qu'il a sauvées de la mort, au nom des enfants qui sont les forces vives de la patrie.

DISCOURS DE M. BIENVENU-MARTIN

MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MESSIEURS,

Le ministre de l'Instruction publique avait le devoir d'assister à cette cérémonie, destinée à consacrer la mémoire d'un des maîtres de la science française.

Des voix autorisées viennent de caractériser les travaux de Tarnier et la révolution profonde qu'ils amenèrent dans une des branches les plus importantes de la médecine. Je veux simplement, au nom du gouvernement de la République, apporter l'hommage de la reconnaissance nationale à un homme qui a ajouté un pur rayon à la gloire de notre Université et que ses services ont placé au premier rang parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

L'existence de Tarnier fut d'une admirable unité. Un de nos poètes a défini la vie : « Une pensée de jeunesse réalisée par l'âge mûr. » Cette belle parole semble avoir été dite pour Tarnier. C'est au cours même de ses études médicales, qu'il forme le projet de combattre les épidémies de fièvre puerpérale et il le poursuit avec l'ardeur et la ténacité d'un apôtre.

Cette redoutable affection, deux fois funeste, puisqu'en frappant la mère, elle compromet souvent la vie de l'enfant, il s'applique d'abord à en démêler la cause, et quand il a entrevu la nature contagieuse du fléau, il comprend qu'il s'en est rendu maître : si c'est par contagion que le mal se propage, il suffira d'isoler les femmes en couches pour les soustraire à la mort qui les

décime. La conviction est faite dans l'esprit de Tarnier, mais que de luttes il devra soutenir pour l'imposer aux autres !

Ce n'est pas sans raison qu'on a dit que le génie était fait de patience ; quand le savant a fait une découverte, fruit de longues observations, il n'a rempli que la moitié de sa tâche, il lui faut ensuite vaincre les résistances qui se lèvent devant lui, réfuter les critiques des incrédules ou des envieux, entamer le combat contre la doctrine régnante qui ne veut pas se laisser déposséder de son empire. Il semble que les progrès de la science ne puissent être obtenus qu'au prix d'une double victoire, victoire sur la nature qui refuse de livrer ses secrets, victoire sur l'esprit de routine qui se défend contre l'idée nouvelle. Combien succombent avant d'avoir triomphé !

Heureusement Tarnier, n'était pas homme à se laisser intimider ; il sent qu'il détient la vérité, et pour la faire éclater à tous les yeux, il multiplie les observations, dépouille avec un soin minutieux les funèbres statistiques ; il établit par des comparaisons d'une navrante éloquence la véritable origine du mal. Mais, pendant plus de dix ans, il réclame vainement la mise en pratique de l'isolement qu'il préconise pour les femmes en couches, et celles-ci continuent de périr dans les salles d'hôpital, victimes de l'épidémie meurtrière. Que cette période d'attente dut être cruelle pour l'âme compatissante de Tarnier ! Il peut enfin appliquer librement son système, et les résultats merveilleux qu'il obtient deviennent la plus lumineuse des démonstrations : l'invincible ennemi, jusque-là réputé indomptable, parce que nul n'avait encore percé le mystère à l'abri duquel il exerçait ses ravages, était définitivement vaincu.

On ne saurait mesurer les conséquences d'une pareille conquête réalisée sur les forces de destruction. La méthode de Tarnier était si sûre que par les applications successives qu'elle a reçues, elle a été la source de nouveaux progrès dans l'art de guérir.

Elle eût suffi à immortaliser le nom de Tarnier, elle ne suffit pas à satisfaire son activité bienfaisante ; après avoir sauvé les mères, il voulut sauver les nouveau-nés ; l'expérience lui avait montré de quels périls ils sont entourés ; il s'efforça de les en préserver, et il commence à formuler pour l'hygiène et l'alimentation du premier âge ces règles protectrices que depuis ses disciples ont développées et précisées.

Je viens de parler des disciples de Tarnier, on peut juger de son enseignement à la valeur des élèves qu'il a formés. Il en est qui poursuivent dignement son œuvre. Son esprit de large initiative, ses habitudes d'observation, son active sympathie pour la souffrance humaine revivent en eux ; et ce n'est pas un des moindres titres de Tarnier à notre gratitude que d'avoir su préparer de tels continuateurs, devenus à leur tour des maîtres.

Ce sera la récompense de Tarnier de laisser un souvenir durable dans la mémoire des hommes ; et le monument que vous avez élevé en son honneur rappellera sous une forme touchante les traits de ce grand savant, qui fut en même temps un très grand cœur.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

FAURE (J.). — **Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale** (1). — La tendance à opérer par la *voie haute*, qui s'affirme de plus en plus, tient à ce que *les résultats des interventions par cette voie sont devenus, au point de vue de la sécurité, à peu près les mêmes que ceux que donnent les interventions vaginales, qui, il y a dix ans à peine, étaient encore sensiblement moins graves*. Dans ces conditions, il est tout naturel que les préférences des chirurgiens se manifestent de plus en plus en faveur de la voie haute, plus large, plus facile et permettant à la fois des interventions plus étendues et *plus restreintes*. Toutefois, l'hystérectomie vaginale peut et doit être encore conservée dans certaines circonstances : 1° dans certains cas de *petits fibromes* ou de *vieilles métrites saignantes*, douloureuses et inguérissables ; 2° dans quelques cas *d'épithélioma du col tout à fait au début* chez des femmes grasses ou âgées (indication exceptionnelle) ; 3° dans certains cas *d'inversion* ou *de prolapsus utérin*, où l'on croit devoir enlever l'utérus ; 4° enfin et surtout dans les cas de lésions péri-utérines étendues, septiques, virulentes, qui vont en s'aggravant et qu'une colpotomie paraît devoir être insuffisante à guérir.

Les indications sont identiques *dans l'infection puerpérale*, que les moyens ordinaires n'améliorent pas, et dans la *pelvi-péritonite suraiguë*, qui monte en se propageant vers la cavité abdominale et qui ne peut être arrêtée que par un drainage puissant de la cavité pelvienne.

Discussion. — ROUTIER. — Le principe posé par L. Faure, que *l'hystérectomie abdominale est devenue presque aussi bénigne que l'hystérectomie vaginale*, est inexact ; en réalité *l'hystérectomie abdominale est devenue beaucoup plus bénigne que l'hystérectomie vaginale*. Aussi gagne-t-elle de plus en plus de terrain. Dans le *prolapsus*, il est certain qu'ici personne ne songe à faire l'hystérectomie, quand elle est indiquée, autrement que par la voie vaginale ; d'ailleurs, ce n'est pas toujours une opération ni si facile ni si bénigne, les tissus péri-cervicaux sont souvent transformés en une sorte de tissu caverneux qui saigne énormément, et l'hémostase est souvent un temps très délicat de l'intervention. *Dans le fibrome*, si l'on doit enlever l'utérus, rien ne vaut l'hystérectomie abdominale

(1) Il nous paraît impossible, dans ce compte rendu très résumé forcément, de donner l'impression qui se dégage de la lecture du compte rendu *in extenso*. (*Comptes rendus de la Soc. d'Obst., de Gynéc. et de Pæd. de Paris*, juillet, octobre, décembre 1904 ; février, mars, avril 1905.)

sub-totale, facile à exécuter, bénigne quant à ses conséquences. Pour les *petits* fibromes, l'idée d'avoir plus tard une malade *guérie sans cicatrice* me pousse quelquefois à pratiquer l'hystérectomie vaginale, mais je ne la fais plus qu'en tremblant, tant je crains les *hémorragies secondaires*. Dans *le cancer du col limité, le seul que j'opère*, si l'utérus descend bien, je fais encore l'hystérectomie vaginale, et je compte de très beaux succès. Quant à *l'évidement du bassin et à la recherche des ganglions jusqu'au promontoire*, j'estime que *c'est de la haute école* et je ne m'y risque pas. Pour *les suppurations pelviennes*, je ne fais plus que l'hystérectomie abdominale avec drainage abdominal et je ne perds plus d'opérées. La *salpingite* n'est nullement comparable à l'appendicite, on peut presque toujours, sinon toujours, la refroidir. J'ai eu autrefois une série de succès par la *colpotomie postérieure* simple, employée dans les cas de suppuration aigüe, puis cette veine a cessé. J'ai dû pratiquer plus tard des opérations secondaires, car les annexes sont souvent transformées en une véritable éponge de pus, qui ne tarit pas et ne guérit que si l'on enlève le parenchyme infecté. Rien ne vaut la voie abdominale pour enlever ces annexes suppurées, pour parer aux lésions, aux perforations de l'intestin, et par le drainage vaginal on assure parfaitement l'écoulement des liquides septiques. Quant *aux péritonites blennorragiques*, ce sont des feux de paille qui font beaucoup de bruit, mais qui ne tuent guère; je crois avoir pu toujours les refroidir et les opérer en toute sécurité. Quant à *l'hystérectomie par infection puerpérale*, je n'ai jamais eu à la pratiquer.

Pinard. — Partageant *d'une manière générale* les idées de Faure, il fera pourtant quelques objections : par exemple, pour *l'ablation de l'utérus en état de prolapsus ou d'inversion*, il convient de faire remarquer qu'il s'agit en réalité beaucoup plus d'une hystérectomie extra-vaginale que d'une hystérectomie vaginale. Quant aux *petits fibromes*, la *myomectomie par voie vaginale* est une opération très précieuse, qui permet d'être aussi conservateur qu'avec l'opération abdominale et qui offre moins de dangers. En ce qui concerne *les suppurations pelviennes*, lorsque ces suppurations passent à l'état chronique, la voie abdominale donne sans doute plus de sécurité à la condition que le chirurgien attende un temps suffisant après le début des accidents; mais il y a des suppurations pelviennes qui n'ont pas de tendance à se refroidir et pour lesquelles l'ablation de l'utérus s'impose d'une manière relativement urgente. L'hystérectomie vaginale, en assurant un large drainage, dont Péan a fait ressortir toute l'utilité, est en pareil cas une opération qui donne les meilleurs résultats.

Quant au cancer de l'utérus, il a vu un certain nombre d'interventions, *pratiquées dès le début*, donner de bons résultats. Il connaît plusieurs femmes opérées depuis huit, dix et douze ans chez lesquelles il n'y a pas eu de récidive jusqu'à l'heure actuelle.

Delbet. — Après avoir constaté que les collègues qui réunis ici ont pris part à la discussion, se sont contentés de faire une simple profession de foi, se passant de documents, de nature statistique ou autre, et après s'être, comme Routier, élevé contre la formule de Faure que « l'*hystérectomie abdo-*

minale était devenue aussi bénigne que la vaginale », alors qu'elle est, en fait, plus bénigne parce qu'elle comporte moins d'*alea*, Delbet rappelle, qu'en dépit des engouements antérieurs, il a toujours été partisan de la voie haute, — en faveur de laquelle militent les résultats qu'elle lui a procurés et qui n'ont jamais été dépassés. Il fait ensuite une plaidoirie brillante en faveur de la voie haute et de la *colpotomie*, celle-ci étant réservée aux cas plutôt rares pour lesquels il lui paraît indiqué de renoncer à la cœliotomie ; « ainsi donc que je le disais, conclue-t-il, je ne pratique pas l'hystérectomie vaginale, puisque quand je prends la voie vaginale, ce qui m'arrive rarement, je fais d'autres interventions que l'hystérectomie.

En fait de *fibromes*, je ne passe par le vagin que dans certains cas où, contrairement à Faure, je *veux sauvegarder l'utérus*. En fait de cancer de la portion vaginale, je pense que l'amputation élevée du col, en raison de la date d'envahissement des lymphatiques de la gaine hypogastrique, donne les mêmes garanties que l'hystérectomie. En fait de *suppurations pelviennes*, pour les cas exceptionnels où la voie vaginale me paraît tout indiquée, je préfère la colpotomie.

Richelot (1). — Se résumant, l'auteur conclut : J'ai dit que j'opère maintenant par la *voie haute presque tous les fibromes, la majorité des annexites* et quelques *rares cancers* avec envahissement discret. Mais j'ai gardé *l'hystérectomie vaginale* comme *méthode de choix dans le cancer utérin*, et comme *ressource précieuse* dans un *certain nombre d'annexites bilatérales*. Je n'écrirais donc pas aujourd'hui, comme Karl Abel : « La voie abdominale est un pis-aller ; un chirurgien ne devrait y avoir recours que s'il lui est matériellement impossible de faire autrement ; ceux qui dédaignent la voie vaginale sont ceux qui ne l'ont jamais employée ; la laparotomie est dix fois plus meurtrière, etc. » Mais, d'autre part, je ne puis m'empêcher de savoir gré à un laparotomiste naguère irréductible d'avoir appris un beau jour la technique des opérations vaginales et de nous dire que, s'il en apprécie aujourd'hui les avantages, c'est parce qu'il sait les faire. Je ne demande pas qu'on rende à l'hystérectomie vaginale son ancienne prépondérance, mais j'estime qu'il est fâcheux, quand on ne sait pas ou quand on ne veut pas la faire, d'en parler et d'en dégoûter les autres. Car, il y a des cas *où elle demeure une*

(1) La communication de M. Richelot est précisément une de celles dont il est impossible, dans un compte rendu comme celui-ci, de donner une idée sinon juste, du moins complète : elle représente, en réalité, une monographie importante où, indépendamment de l'expérience chirurgicale, on retrouve clarté, ingéniosité, brio — toutes ces qualités brillantes qui donnent si vive allure à toutes les productions de cet auteur. Il y a là plus qu'un plaidoyer strictement chirurgical ; la discussion y devient souvent morale, philosophique, et l'on peut déjà en dégager quelques propositions : *a*) dans la lutte contre le cancer, c'est plus la précocité de l'intervention qui importe ; *b*) en ce qui concerne les *statistiques*, le hasard y préside et les rend bonnes ou mauvaises ; *c*) l'adoption d'une méthode unique, exclusive, n'est pas une preuve incontestable de son excellence, de sa supériorité constante ; cette adoption systématique trahit parfois plutôt une certaine indolence de l'esprit et des doigts ; c'est le fait du peintre qui a trouvé une manière et qui, paresseusement, s'y cantonne.

opération merveilleuse et à laquelle nulle autre ne saurait être comparée (J.-L. Faure).

LEGUEU. — Contre le *prolapsus*, il fait, par la voie haute, l'hystérectomie supra-vaginale, fixe le moignon à la partie inférieure de la plaie abdominale et termine par une colpo-périnéoplastie, combinant ainsi *exérèse*, *pexie* et *contention*. Contre le *cancer*, il préfère de beaucoup la voie haute et, n'opérant que les *cancers très limités*, il pense qu'il est ainsi plus à même de faire une ablation très large, de dépasser beaucoup les limites du mal et d'enlever les ganglions, sans s'illusionner d'ailleurs sur la valeur réelle des dissections pelviennes. Dans le cas de *fibromes*, il ne pratique plus l'hystérectomie vaginale que de façon tout à fait exceptionnelle : adiposité considérable de la paroi, désir formel de n'avoir pas de cicatrice, etc.

En ce qui concerne les *infections*, les *ovaro-salpingites*, les résultats incomplets, lés mutilations excessives parfois parce que, n'ayant pas directement apprécié l'état des lésions, on ne leur avait pas proportionné l'action chirurgicale, etc., ces défectuosités liées à l'utilisation de la *voie basse* l'ont peu à peu conduit à l'hystérectomie abdominale. Il est pourtant une circonstance où l'hystérectomie vaginale semble reprendre tous ses droits, c'est pour les *suppurations pelviennes* aiguës, plus particulièrement pour celles, qui succédant à l'accouchement, ont une telle virulence qu'elles ne comportent pas de refroidissement. En ces cas la *colpotomie* est une excellente opération, elle permet d'attendre et guérit quelquefois. Mais quand elle ne guérit pas, quand malgré la colpotomie il faut faire plus sur un foyer en pleine virulence, Legueu préfère agir par la voie vaginale que de courir le risque de contaminer la grande cavité péritonéale avec un pus particulièrement septique.

M. SEGOND. — M. Faure, dans sa communication sur les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale, a eu l'audace de déclarer que l'hystérectomie vaginale était une opération excellente. C'est également mon avis, et au lieu de penser, comme notre ami Routier, qu'elle appartient au passé, je crois, au risque de paraître archaïque, qu'elle peut rendre encore des services.

Fort d'une expérience qui porte sur un millier de cas, je me crois en mesure de formuler mon opinion actuelle sur cette opération qui, comme toute opération, a évolué.

Je laisse de côté les indications de l'hystérectomie dans le prolapsus, dans l'inversion utérine et dans les infections puerpérales, en spécifiant cependant que, pour des raisons que j'ai dites antérieurement, je suis l'adversaire de l'hystérectomie vaginale dans ce dernier cas, à cause de la friabilité excessive des tissus et du danger d'hémorragie. J'envisagerai seulement les indications de l'hystérectomie vaginale par rapport au *cancer utérin*, au *fibrome* et aux *suppurations pelviennes*.

Dans le *cancer utérin*, la recherche des ganglions, qui a pu justifier la laparotomie, n'a pas mis à l'abri des récidives. Quand le cancer a dépassé les limites de l'utérus, il vaut mieux ne pas opérer, pas plus par la voie haute que par la voie basse. Dans les très rares cas où l'indication de l'ablation du cancer utérin

existe de par la limitation de la néoplasie au col, je pratique l'hystérectomie vaginale. C'est alors l'opération de choix. Dans le cancer du corps limité, je préconise encore la vaginale. Quand le vagin est très étroit, constituant un trou profond au fond duquel le col ulcéré est difficile à saisir, j'ai recours à l'hystérectomie abdominale.

Pour ce qui est du *fibrome*, je me comportais autrefois d'après la formule suivante : tout fibrome dont la limite ne dépasse pas l'ombilic est à enlever par le vagin. Cette opinion était défendable à une époque où l'hystérectomie abdominale était une opération grave. Cette formule doit être modifiée aujourd'hui. Il est évident que même avec un fibrome sous-ombilical, si le vagin est étroit, profond, l'utérus élevé et le fibrome difficilement accessible — si l'utérus fibromateux s'étale et se développe en largeur — si surtout il existe des lésions annexielles concomitantes, même avec un fibrome sous-ombilical, il convient de faire l'hystérectomie abdominale.

Ainsi, en dehors de ces contre-indications, tout fibrome ne dépassant pas l'ombilic est justiciable de l'hystérectomie vaginale.

Pour certains de nos collègues, même en cas de fibrome petit, mobile, il faut passer par la voie haute, qui donne la possibilité de ne pas enlever l'utérus en entier et de faire une myomectomie. La voie basse permet une myomectomie conservatrice aussi bien que la voie haute, et elle offre peut-être aussi plus d'innocuité.

Dans les suppurations pelviennes, s'il s'agit de lésions bilatérales, de tumeurs volumineuses, non pelviennes difficilement accessibles, remontant vers l'ombilic, j'ai recours à l'hystérectomie abdominale ; mais je préfère l'hystérectomie vaginale dans les cas aigus, très virulents.

Dans les cas d'*annexite double refroidie*, la plupart des chirurgiens choisissent la voie abdominale ; le pronostic étant le même, quelle que soit la voie suivie, je préfère, même dans ces derniers cas, la voie basse, qui donne à la femme le bénéfice d'une paroi abdominale intacte. Mais par contre, quand il s'agit d'une annexite bilatérale refroidie, non exclusivement pelvienne, et que quelque chose dans l'histoire de la maladie fait penser à des « épousailles » entre annexes droites et appendice, je donne le choix à l'hystérectomie abdominale ; car il faut tenir compte de la coïncidence fréquente des annexites droites avec des lésions appendiculaires.

Hartmann. — Voir plus haut, p. 329.

Faure. — En fin de discussion, Faure constate que l'*hystérectomie vaginale*, qui compte des défenseurs comme Richelot, Legueu, Segond, ne saurait être tenue pour une opération morte. Tous ceux qui ne la rejettent pas systématiquement s'accordent à reconnaître sa supériorité, son efficacité merveilleuse, sa grande bénignité relative dans les suppurations pelviennes graves, aiguës, virulentes, à poches multiples, dans lesquelles une colpotomie simple est ou paraît devoir être insuffisante et où l'ablation de l'utérus permet seule de constituer au centre du bassin une large voie de drainage. Il tient pour inexacte l'affirmation d'Hartmann qu'il dépend du chirurgien d'éviter l'inocu-

lation par la voie haute en limitant très exactement le champ opératoire avec des compressses stérilisées. Il s'étonne d'autre part de l'ostracisme dont on frappe l'hystérectomie vaginale pour infection puerpérale, ostracisme dû à Segond, qui, quoique le plus zélé défenseur de l'hystérectomie vaginale, rejette pourtant cette opération dans ce cas, à cause de sa difficulté par suite de la friabilité excessive de l'utérus et en particulier de son col. Or, il suffit, pour supprimer cette difficulté, de substituer aux pinces à abaissement communes, aux pinces de Museux, des pinces à larges plateaux, comme les pinces à kystes de l'ovaire. Pour les annexites chroniques, par contre, à part quelques cas tout à fait exceptionnels, c'est la voie abdominale qu'il faut utiliser. Pour les *fibromes*, c'est également cette voie qui donne le plus de sécurité. Pour *le cancer du col* enfin, si Faure admet la voie vaginale dans certains cas où le néoplasme est à peine à son début, ou au contraire dans des cas où il est assez avancé pour qu'on ait renoncé à tout espoir de guérison et où l'on veut seulement enlever un foyer saignant et putride, il est convaincu que dans tous les autres cas — cancer commençant, utérus encore bien mobile — *il faut passer par l'abdomen*, et cela parce qu'on peut ouvrir, enlever, en même temps que l'utérus, le paramètre qui touche le col, parce qu'on peut disséquer et dégager les uretères et faire ainsi sur les côtés une opération beaucoup plus large et beaucoup plus satisfaisante. R. L.

REVUE ANALYTIQUE

UTÉRUS CANCÉREUX (SON TRAITEMENT CHIRURGICAL)

Résultats cliniques et anatomiques des opérations abdominales pour cancer de l'utérus (Klinische und anatomische Resultate der abdominalen Karzinomoperation). MACKENRODT et BRUNET, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 18, p. 553.

Communication sur 70 cas, qui furent soumis à un examen soigneux clinique et anatomo-microscopique. L'inspection en séries des paramétriums, sur un total de 63 cas, mit en évidence la dégénérescence cancéreuse de l'un des paramétriums ou des deux dans 87 p. 100 des cas. *Conclusions* : Des métastases, 25 p. 100 seulement étaient situées de telle sorte qu'elles auraient pu être atteintes par l'extirpation vaginale totale. Les résultats obtenus dans les cas qui ont pu être observés plus d'un an, au delà de quatre ans pour un certain nombre, ont été : mortalité primaire, 20 p. 100 ; chiffre de guérisons absolues, 47 p. 100, cette statistique comprenant tous les cas diagnostiqués cancer, y compris les inopérables. *Opérabilité*, 90 p. 100.

Ce travail fut le point de départ à la *Société obstétricale et gynécologique de Berlin*, séance du 10 mars 1905, de la discussion suivante : BUMM donne les résultats de sa pratique personnelle durant six ans, pratique qui porte sur un total de 75 *cas d'extirpation totale par l'abdomen pour utérus cancéreux*.

On ne pourra formuler quelque chose de précis sur les résultats par rapport à la guérison durable que dans cinq ou dix ans ; les chiffres de Mackenrodt sont encore trop faibles et en particulier le nombre des cas observés cinq ans ou tout au moins plus de quatre années est trop petit pour justifier, dès maintenant, un jugement. En conclusion de son travail, Mackenrodt a déclaré qu'il avait obtenu une guérison absolue de 45 p. 100 dans l'ensemble : c'est à-dire que sur 100 cas qui cherchent auprès de lui assistance pour cancer de l'utérus, Mackenrodt réussirait à guérir définitivement le cancer 45 fois (45 p. 100). Or, si désirable qu'apparaisse l'obtention de tels résultats, une semblable efficacité curative ne paraît pas démontrée par les chiffres apportés. Les résultats (Bumm) se présentent un peu autrement : des 75 opérées, 56 ont été observées plus d'un an, 10 ont succombé aux suites mêmes de l'opération. Des 46 restantes, 11 sont mortes de récidives, 6 vivent encore mais avec des récidives, 6 autres ont été perdues de vue. Donc, des 46, il en est 23 qui jusqu'ici sont indemnes de récidives, et dont 20 ont été opérées il y a déjà plus de deux ans. Au résumé, *des femmes qui ont supporté heureusement l'opération*, 50 p. 100

restent indemnes de récidives. Rapportant ces résultats à 100 malades pour établir le chiffre de la guérison absolue, on a : 100 cancéreuses, 90 opérées (même opérabilité que Mackenrodt, 90 p. 100 des cas qui se présentent). *Mortalité opératoire*, environ 20 p. 100, soit 18. Guérison *primitive*, 72, *en admettant que toutes les opérées encore sans récidives restent définitivement guéries* ; le chiffre de la *guérison complète* serait 36 p. 100. Mais il est à prévoir qu'il y aura d'autres récidives, aussi convient-il de réduire ce chiffre de guérisons à 30 p. 100. « Même ce résultat, déclare Bumm, si l'on réfléchit à l'extension considérable du cancer dans la plupart des cas, me paraît appréciable. *Le chiffre de la guérison complète est précisément double de celui qu'a pu jusqu'ici donner l'extirpation vaginale.* »

Plus importante que la discussion des guérisons définitives est, à l'heure actuelle, la question : *Comment réussir à améliorer les résultats primaires de l'opération ?* Résultats qui sont encore très mauvais. Car on est justifié à de sérieuses suspicions vis-à-vis de statistiques qui annoncent 6 ou 10 p. 100 seulement de mortalité primaire après l'extirpation abdominale de l'utérus. Il ne saurait s'agir que de cas particulièrement faciles, que de simples énucléations de l'utérus des tissus circonvoisins. Quand, en effet, on se borne à enlever l'utérus cancéreux comme s'il était simplement myomateux, naturellement les résultats *primaires* sont bons. Mais quand on ne se contente pas d'enlever l'utérus avec la portion supérieure du vagin, qu'on enlève aussi les ligaments, et qu'on racle le bassin de façon à mettre à découvert les vaisseaux pelviens et fémoraux, qu'on libère les uretères et qu'on voit dans la profondeur les releveurs de l'anus, — l'énucléation des ganglions, sans délabrement étendu, n'ayant guère d'efficacité — alors *cette mortalité opératoire primaire* atteint près de 20 p. 100. Il n'y a pas lieu de s'illusionner sur les résultats primaires notablement bons, car ils se modifient vite en sens inverse, les récidives surviennent tôt, les opérées sont-elles à peine rentrées depuis six mois dans leur maison. « De 75 cas, écrit Bumm, j'en ai perdu 17, soit 20 p. 100. A Halle, où l'ensemble des cas était plus favorable, sur 56 opérations j'ai eu 10 morts, soit 17 p. 100. Ici, à Berlin, où j'ai dû opérer des cas presque toujours négligés, renvoyés d'autres cliniques, cas pour environ la moitié desquels il me fallut exciser vessie et uretères, *cette mortalité opératoire primaire* s'est élevée à 36,6 p. 100 (9 morts sur 19 opérations). » Les *dangers de l'opération* résident : 1° dans les *grandes cavités cruentées*, dont les parois déchiquetées favorisent la stagnation des produits de sécrétion, tandis que le tissu graisseux se nécrose. D'autre part, même après la désinfection la plus soigneuse, il arrive qu'on intervient sur des tissus presque toujours septiques (démonstration de la présence de streptocoques) ; 2° *l'ouverture éventuelle de la vessie ou des urètères*, contamination par des germes contenus dans l'urine, nécrose des uretères ; urétérite, pyélonéphrite ascendantes capables d'entraîner la mort ; 3° *shock*, effet des opérations difficiles, prolongées : les malades, en fin d'opération, sont froides et meurent dès le premier soir, même quand elles ont perdu peu de sang. Dans les 17 cas à issue fatale, on releva comme cause de la mort : septi-

cémie, 7 fois ; pyélite et nécrose de l'uretère, 4 ; shock, 3 ; pneumonie, 1 ; hémorragie, 1 ; chloroforme, 1.

Dans le curettage pelvien, il s'agit surtout d'opérer habilement la ligature des vaisseaux utérins, la recherche et la mise à découvert de l'uretère. Comme Mackenrodt, nous abordons directement les vaisseaux et l'uretère, qu'on trouve le plus facilement au niveau du ligament large ouvert, avant son point d'entre-croisement avec les vaisseaux. Cela est-il fait, les uretères sont-ils bien à découvert jusqu'à la vessie, tout le reste n'est plus difficile, *à condition que le cancer soit limité à l'utérus et que l'utérus soit mobile.* Par contre, les difficultés augmentent rapidement dès que l'utérus est fixé, et que le processus cancéreux s'est étendu au tissu cellulaire pelvien, à la vessie, aux uretères. Chaque cas se présente avec ses particularités, *il n'est plus de technique opératoire typique.*

Sous le rapport de l'évidement pelvien, il est indiscutable que la voie abdominale est de beaucoup supérieure à la vaginale. Mais ce qui encore doit nous rendre perplexes, c'est la *haute mortalité opératoire du curettage abdominal ! Aussi l'extirpation vaginale mérite-t-elle d'être toujours prise en considération pour certains cas particuliers, dans lesquels le cancer, l'utérus étant tout à fait mobile, reste tout à fait limité à la muqueuse du col*, ou bien dans ceux où il convient de ne pas affronter les gros risques de l'opération abdominale créés par un mauvais état général ou par certaines conditions extrinsèques.

Bröse a jusqu'ici opéré 11 cas de cancers de l'utérus, avec 3 morts, mortalité 27 p. 100. Il convient de recommander le procédé de désinfection du cancer par un tampon à la formaline (Mackenrodt). De même, *l'incision transversale* est à utiliser chez les femmes grasses et à forte musculature ; mais chez les femmes maigres, l'incision médiane, qui guérit plus vite, est préférable. Brose a acquis aussi la conviction *qu'on peut faire plus pour la cure du cancer par la voie haute que par la basse.* Déjà, la laparotomie s'impose pour décider si le cancer a dépassé ou non la paroi utérine. Et quand cette extension au delà de la paroi utérine est accomplie, seule, la cœliotomie permet une opération radicale.

Strassmann a, d'après les règles de Mackenrodt, opéré par l'abdomen 5 cas de cancers de l'utérus, il a eu 3 morts. Dans 2 cas, il s'agissait de cas perdus d'avance; dans le troisième, d'un cancer limité avec ganglions sains. Au bout de quelques jours, le lambeau suturé s'était gangrené et, à travers une boutonnière, avait donné passage à l'intestin, d'où péritonite et mort. De semblables observations ont été rapportées par Krönig, etc. Dans d'autres cas, Strassmann a eu comme l'impression que, par les multiples points de drainage, il y avait perte excessive d'humeurs, cachexie par perte de lymphe. Toutefois, il n'a pas abandonné la voie haute, mais il a modifié sa technique, et il lui a paru que la *fermeture complète de l'abdomen après péritonisation soigneuse* donne des résultats meilleurs. Relativement *aux ganglions iliaques malades*, il estime que, dans la plupart des cas, il est possible, sous la narcose chloroformique, de les percevoir le long de la ligne innommée. *Douleur et tumeur*

sont indication absolue à l'emploi de la voie haute. Au point de vue des indications, Strassmann, conformément à Bumm, est convaincu qu'il faut réserver le *cancer du corps de l'utérus à l'opération vaginale*, parce que celle-ci, dans les cas par trop avancés, a donné jusqu'ici de bons résultats. Ce choix de la voie vaginale chez les femmes âgées atteintes de cancer du col, trouve encore une indication dans la considération de la mortalité opératoire primaire.

Olshausen déclare qu'il extirpe aussi les utérus cancéreux par la voie haute, mais sans exérèse des ganglions et du tissu connectif pelvien. Il se défie beaucoup de la mortalité opératoire primaire, et il n'est pas du tout convaincu qu'on sauve plus de malades grâce à ces délabrements pelviens pleins de risques.

Mackenrodt. — La durée trop brève des observations est en quelque sorte compensée par le fait qu'il ne peut survenir de récidive du moignon, parce qu'il n'y a plus vestige du paramétrium. Toutefois, il faut s'attendre à des récidives ganglionnaires. En fait, les résultats notés à la fin de la première année ne se sont pas altérés dans le courant des 4 années suivantes. Le chiffre de guérison absolue de 30 p. 100 adopté par Bumm est trop faible. Ce chiffre s'élève du seul fait de l'amélioration de la mortalité primaire, car un certain nombre de ces malades qui auraient survécu à l'opération seraient restées indemnes de récidive. Il importe de limiter les indications de l'opération aux cas vraiment opérables, et alors les résultats seront brillants. L'hypersécrétion incriminée par Strassmann, en réalité, n'est pas fâcheuse aux opérées, mais bien la septicémie qui est inoculée, ou qui vient du cancer ou de la vessie. Pour désinfecter le cancer, il n'y a que le curettage et le tamponnement à la formaline ; mais l'intervention radicale doit avoir lieu dans les 12 heures qui suivent, car, passé ce délai, l'action profonde de la formaline peut être l'origine de nécroses. Il faut également espérer une diminution de la mortalité d'une intervention plus précoce. L'*incision transversale* ne saurait avoir d'effets fâcheux ; en revanche elle rend le champ opératoire plus complètement, plus aisément accessible. Les résections de la vessie sont éventuellement plus sûres que des dissections vésicales laborieuses. Le *shock opératoire*, dénoncé par Bumm, n'est plus observé depuis plusieurs années chez nos opérées, en raison sans doute de notre technique opératoire.

Les particularités essentielles de cette technique sont : *a*) l'incision en fer à cheval ; *b*) la mise à découvert et la libération des ganglions et des paramétriums, *c*) la libération, en particulier, de l'uretère dans le ligament large.

R. L.

Extirpation abdominale et vaginale de l'utérus cancéreux (Abdominelle und vaginale Exstirpation des karcinomatösen Uterus). Döderlein, *Beit. zur Geb. u. Gyn.*, Bd. IX, Hft. 2, et *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 22, p. 695.

Parallèle des résultats obtenus antérieurement avec l'extirpation vaginale totale et de ceux fournis ensuite par la voie haute : du 1er octobre 1897 à fin

de 1899, de 151 cancers, 75, soit 48,3 p. 100, furent opérés radicalement par le vagin.

Les résultats de ces 75 opérations furent : *a*) guérisons *durables*, 40, 6 p. 100 ; *b*) guérisons *absolues* (d'après le critérium de Winter), 19, 6 p. 100. Sans déduction rigoureuse (d'après Wadstein), le chiffre de la curabilité absolue s'abaisse à 15,8.

En raison de la grande différence dans les résultats qui existe, suivant qu'il s'agit de cancer du col et du corps, voici ce que donne cette distinction pour l'ensemble des cas opérés par Doderlein : 1er *groupe*, 134 cancers du col, avec une opérabilité de 44 p. 100, donnèrent une curabilité complète de 12,5 p. 100 : 2e *groupe*, 17 cancers du corps avec une opérabilité de 82,3 p. 100, curabilité absolue 82,3 p. 100. *Dans le cancer du corps l'extirpation vaginale donne les résultats les meilleurs, résultats qui ne sauraient être améliorés par les interventions abdominales.*

Depuis 1902, Doderlein a fait, au lieu du procédé vaginal, *l'opération abdominale, à la Wertheim*. De 175 cancers, 115, soit 65, 7 p. 100, ont été opérés. Mortalité primitive, 16,5 p. 100. En chiffrant d'après les principes de Winter, pourcentage de guérison de 64,15 p. 100 des opérées et guérison absolue 44 p. 100 ; sans déduction forte, guérison de 44 p. 100 des opérées et guérison *absolue* 30 p. 100.

Sur les 115 opérations, 65 fois on extirpa des ganglions volumineux, qui se trouvèrent cancéreux 22,8 fois p. 100. Dans le cancer du col, ganglions cancéreux 29 fois p. 100 ; dans le cancer du corps, 9 fois p. 100 seulement.

En ce qui concerne la *technique opératoire*, Doderlein note les points suivants : il importe, dans la recherche des ganglions, d'éviter de créer de trop grandes cavités dans le tissu connectif et de toujours s'efforcer de réaliser un large drainage. Doderlein n'extirpe que les ganglions palpables, et à travers de petites incisions dans le péritoine. A-t-on réussi à éviter des plaies étendues dans le tissu connectif, la fermeture complète de la cavité abdominale est à recommander ; dans le cas contraire, drainer par le vagin ou par la fosse ischio-rectale. Il faut ménager le plus possible, par crainte de nécrose, les uretères et ne jamais les décoller des tissus sous-jacents. Dans les 50 derniers cas, on a utilisé l'incision transversale de Pfannenstiel, qui donne un accès suffisant sur le champ opératoire.

R. L.

(*A suivre*)

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris. - Imp. E. Arrault et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

G. STEINHEIL, Éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

VIENT DE PARAITRE

TRAITEMENT

DU

CANCER DE L'UTÉRUS INOPÉRABLE

Par le Docteur RÉCAMIER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris ; ancien aide d'Anatomie à la Faculté, Chirurgien de l'Hôpital libre Saint-Michel.

Un vol. in-8 carré de 214 pages. — Prix : **3 fr. 50.**

Ce livre, écrit avec méthode et clarté et avec beaucoup de souci de l'exactitude par un homme ayant l'expérience de la question, peut rendre les plus grands services au praticien, souvent en complet désarroi et trop prompt au découragement en face des rancœurs de la maladie en question.

Tout ce qui a été proposé de raisonnable pour soulager les malheureuses qui en sont atteintes est passé au crible d une judicieuse critique. Après avoir abordé les *indications de l'hystérectomie*, l'auteur expose d'une façon très complète, dans ce qu'elle a de spécial au cancer utérin, *la technique du curettage* et des *divers procédés de cautérisation ignée et chimique*. Mais nous recommandons tout particulièrement la lecture des pages relatives aux *pansements*, au *traitement palliatif des fistules, de l'incontinence, de la douleur, de l'urémie et de l'anurie*, au *traitement général*, à *l'hospitalisation* et enfin à *l'action morale du médecin*. C'est dans cette seconde moitié de l'ouvrage que l'auteur donne vraiment sa note personnelle. On chercherait vainement ailleurs un ensemble de conseils aussi directement pratiques.

TRAVAUX DE CHIRURGIE ANATOMO-CLINIQUE

Par Henri HARTMANN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

DEUXIÈME SÉRIE. — **VOIES URINAIRES — TESTICULE**

Statistique du service Civiale, par HARTMANN. — Les tumeurs de la capsule surrénale, par HARTMANN et LECÈNE. — Etude sur les tumeurs solides du rein, par LECÈNE. — Kystes du rein, par HARTMANN. — De la conduite à tenir en présence d'une déchirure de la veine cave au cours de la néphrectomie, par HARTMANN. — Quel est le meilleur moyen d'étudier la manière dont se fait l'évacuation du contenu des reins ? par HARTMANN. — Anatomie des glandes bulbo-uréthrales, par P. LEBRETON. — Note sur un cas de kyste développé aux dépens d'une glande bulbo-uréthrale, par HARTMANN. — Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine, par HARTMANN. — L'épithélioma primitif de l'urèthre prémembraneux chez l'homme, par LAVENANT. — Tuberculose de l'urèthre simulant un néoplasme, par LECÈNE et PRAT. — Etude sur la tuberculose expérimentale du testicule, par CH. ESMONET. — Technique des orchites expérimentales par voie artérielle spermatique, par CH. ESMONET. — Hydrohématocèle en bissac infectée de dimensions énormes, par HARTMANN. — Note sur la bactériologie des vaginalites aiguës, par HARTMANN, ESMONET et LECÈNE. — Note sur l'histologie de l'épididymite blennorrhagique, par B. CUNÉO.

1 vol. in-8 grand-jésus de 340 pages avec 105 figures. Prix : 15 francs.

Paru précédemment :

PREMIÈRE SÉRIE. — **Voies urinaires. Estomac.** — Avec la collaboration de MM. B. CUNÉO, DELAAGE, P. LECÈNE, LEROY, G. LUYS, PRAT, G.-H. ROGER, SOUPAULT. Un vol. in-8 grand-jésus de 360 pages avec 113 figures dans le texte. Prix : **15** francs.

Supplément aux *Annales de Gynécologie*. — Juin 1905.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De l'apiol.

L'apiol est le principe actif de la semence de persil, dont les propriétés emménagogues sont incontestables et reconnues par la plupart des auteurs qui l'ont étudié (Bouchardat, Bouchut, Siredey, etc.). Cette action est utilisée surtout dans la dysménorrhée, quand celle-ci doit être traitée, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une inflammation de l'utérus ou des annexes. L'indication principale est fournie par les règles douloureuses des jeunes filles, dont la *Gazette hebdomadaire* a étudié le traitement dans un article récent. Ajoutons que l'apiol se serait montré efficace dans les fièvres intermittentes de moyenne intensité (Manquat).

Doit-on donner le nom d'apiol au liquide oléagineux, non volatil, d'une coloration variant du jaune ambré au vert et même au vert brun, de saveur âcre et piquante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme? Ou bien ce liquide n'est-il autre chose qu'un produit complexe, dans lequel on peut isoler un principe actif cristallisable? Ce sont là des points qui ne sont pas encore définitivement tranchés et sur lesquels les opinions des chimistes varient avec leurs pays d'origine.

Tandis que l'apiol liquide semble ou plutôt semblait, il y a encore peu d'années, prévaloir en France et en Belgique, en Allemagne, au contraire, l'apiol cristallisé est adopté à l'exclusion des autres formes sous lesquelles il peut être obtenu.

La caractéristique de ce désaccord est fournie par ce fait assez curieux que quelques fabricants allemands qui, dans leur préparation de l'apiol, obtiennent le principe cristallisé à côté du principe liquide, se réservent le premier pour les besoins de la consommation allemande et livrent à la consommation française le principe liquide, qu'ils ne peuvent écouler chez eux.

Si l'on admet l'opinion qui prédomine en Allemagne et à laquelle de sérieux travaux des chimistes allemands ont ajouté un regain d'intérêt (*Annales de Merck*, 1896-98), l'apiol, chimiquement pur, serait un corps cristallisé en aiguilles blanches, fusibles à + 30°, bouillant vers + 300°, et, comme l'apiol liquide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et le chloroforme.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une façon bien formelle sur les données contradictoires fournies par la pharmacopée franco-belge d'une part, la pharmacopée allemande d'autre part. Le mieux est donc d'augurer, non de telle ou telle constitution chimique, mais seulement des effets thérapeutiques qu'on en a obtenus. Ici encore la clinique reste souveraine et c'est à elle qu'il faut s'en rapporter pour faire un choix entre les deux produits.

Or une expérience de plus de dix années semble établir que l'apiol cristallisé réunit au plus haut degré toutes les qualités requises de cette substance. Mais, pour cela, il est nécessaire que la préparation pharmaceutique soit obtenue de telle manière que les principes utiles de la semence de persil, cristallisables ou non cristallisables, s'y trouvent associés, à l'exclusion des substances féculentes ou résineuses dont il convient de débarrasser l'apiol. Leur présence modifie même le poids spécifique de l'apiol liquide, qui tombe au fond de l'eau ou surnage, selon les éléments étrangers qui peuvent s'être introduits ou maintenus dans la préparation par les dissolvants employés au traitement de la semence de persil.

Sans doute, la question est encore à l'étude ; mais, comme le produit cristallisé a une action thérapeutique absolument identique au produit huileux complexe connu sous le nom d'apiol, *le praticien devra toujours prescrire de préférence l'apiol cristallisé*, qui lui donnera les garanties de pureté qui font défaut à la forme liquide dont la coloration, le poids spécifique varient avec les méthodes de préparation.

L'apiol s'emploie à la dose de 25 à 75 centigrammes par jour sous forme de capsules gélatineuses de 15 centigrammes de substance active *en solution huileuse*. C'est le seul mode pratique d'administration.

L'Usine Française (Goy et Cie) est la seule qui prépare cet apiol cristallisé, de pureté certaine.

FIBROMES ET CANCER UTÉRINS

Par G. PIQUAND, ancien interne lauréat des hôpitaux,
chef de clinique adjoint à la Faculté.

L'étude des rapports des fibromes et du cancer utérins est aujourd'hui à l'ordre du jour : depuis quelques années cette question, abandonnée pendant longtemps aux seuls histologistes, a attiré l'attention de nombreux chirurgiens qui, frappés par la fréquence avec laquelle ils rencontraient la présence simultanée de fibrome et de cancer, se sont demandé si l'association de tumeurs de nature si différente était due uniquement au hasard, chacun des néoplasmes apparaissant et évoluant l'un à côté de l'autre sans qu'il y ait entre eux aucune relation, ou bien si au contraire il fallait chercher à leur apparition successive un rapprochement et un enchaînement causal ?

La question est des plus importantes au point de vue thérapeutique, car si réellement le fibrome prédispose aux tumeurs malignes, c'est là un nouvel et puissant argument pour opérer tous les fibromes sans exception, leur présence, même quand ils ne s'accompagnent d'aucun symptôme grave, étant une menace perpétuelle pour la vie de la malade.

Pour résoudre cette question il nous a semblé utile de rechercher tous les cas publiés de coexistence de fibrome et de cancer utérins, de comparer leur nombre au chiffre total de fibromes opérés par chaque chirurgien, et de tâcher de déterminer aussi exactement que possible la fréquence du cancer d'une part chez les fibromateuses et d'autre part chez les femmes normales. Si le cancer est beaucoup plus fréquent chez les fibromateuses, il nous semble qu'on pourra en conclure à juste titre que le fibrome prédispose au cancer ! Il nous restera alors à chercher comment le fibrome peut favoriser l'apparition de l'épithélioma, quels sont les signes qui peuvent permettre le diagnostic de cette complication, dans quelle mesure elle aggrave le pronostic des fibro-myomes.

Historique. — Tous les auteurs anciens admettent que le cancer

constitue la terminaison naturelle du fibrome utérin. Morgagni (1), Van Swieten et bien d'autres, comparant l'évolution des tumeurs utérines à celle des tumeurs du sein, décrivent leur évolution de la façon suivante: « Au début la tumeur utérine est dure et mérite le nom de squirrhe, plus tard elle se ramollit, s'ulcère et se transforme en cancer. » C'est là l'opinion admise encore par Dupuytren et que nous trouvons développée dans la plupart des thèses soutenues au commencement du siècle devant la Faculté de Paris (2).

Bayle (3) le premier en 1813 différencie nettement le cancer des corps fibreux de l'utérus.

Dès lors la question se transforme, les auteurs distinguent tous les deux variétés de tumeurs, mais discutent pour savoir si le fibrome peut se transformer en cancer.

Cruveilhier (4) s'élève énergiquement contre la possibilité de cette dégénérescence et admet même entre le fibrome et le cancer un antagonisme complet.

Virchow (5), au contraire, admet la possibilité de la dégénérescence carcinomateuse des fibromes : « les fibromes se développent surtout au corps, le cancer surtout au col, il y a donc un certain antagonisme entre les deux tumeurs; cependant on peut observer exceptionnellement la transformation cancéreuse d'un fibrome ». Virchow cite à l'appui de son opinion le cas de Klob. Lebert (6) adopte une opinion mixte : le fibrome ne peut dégénérer en cancer, mais assez fréquemment on observe la coexistence de fibrome et de cancer utérins. Broca (7) (1869) puis Courty (8) (1872) admettent de même que les hystéromes peuvent s'accompagner de cancer, mais ne peuvent dégénérer en cancer. A la suite des travaux de Waldeyer, Cornil et Ranvier (9), Siredey et Danlos (10), Pozzi (11),

(1) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, 1761 (trad. française de Désormeaux et Destouet, 1820).

(2) Voir, à ce sujet, les thèses de : Pujol (1821) ; Bineau, Reynier (1822) ; Prout, Marye (1823) ; Table, Mury (1826) ; Roux, Leclerc (1827) ; Borel (1829) ; Fevez (1830) ; Letilly (1834) ; Jacquemont (1835).

(3) Bayle, *Dictionnaire en 60 volumes*. Paris, 1813, t. VII.

(4) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique*.

(5) Virchow, *Krankhafte Geschwülste*, t. III, p. 121.

(6) Lebert, *Phys. path.*, 1845, t. II.

(7) Broca, *Traité des tumeurs*, 1856.

(8) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*.

(9) Cornil et Ranvier, *Manuel d'anatomie pathologique*.

(10) Siredey et Danlos, *Dict. de méd. en 60 vol.*, article Utérus.

(11) Pozzi, *Traité de Gynécologie*.

Delbet (1) et tous les auteurs actuels déclarent que la dégénérescence cancéreuse des myomes est impossible au point de vue histologique, car les fibromes formés de tissu conjonctif ou musculaire ne peuvent donner naissance à des éléments épithéliaux, et l'épithélioma ne peut se développer qu'aux dépens d'épithéliums. Dans les cas publiés il s'agit donc non de dégénérescence épithéliale, mais seulement du développement simultané d'un myome et d'un cancer de la muqueuse, celui-ci pouvant ultérieurement envahir le myome.

Cette coexistence des tumeurs fibreuses et du cancer de l'utérus est signalée fréquemment en France et à l'étranger. C'est surtout en Allemagne que cette question a été l'objet de publications, de dissertations inaugurales, entre autres celles de Max Boetticher (2) (1884), de Wagner (3) (1886). Ces deux auteurs s'occupent uniquement de la coexistence des fibro-myomes et carcinomes du corps de l'utérus.

Wahrendorff (4) (1887) rapporte dans son travail inaugural 4 observations recueillies à la clinique du professeur Schroeder, dont 2 ont trait à l'association des fibro-myomes et de carcinomes du corps, les 2 autres à la coexistence des fibromes du fond de l'utérus et de l'épithélioma du col; il donne en outre les résultats de l'examen anatomo-pathologique de ces tumeurs.

Samschin (1887), de Saint-Pétersbourg, publie, à propos d'une laparo-hystérectomie, une observation de fibro-myomes et d'épithélioma du col.

Schramm (5) en signale un autre cas.

Ehrendorfer (1892), dans les *Archiv für Gynäkologie* de Berlin, publie 4 observations et attire l'attention sur cette complication grave des fibromes, à laquelle on ne songe pas suffisamment; il termine son article en se demandant si le cancer du col ou du corps de l'utérus ne se rencontre pas plus fréquemment associé à des fibro-myomes qu'isolément. Le même auteur signale un cas de dégénérescence primitive d'un fibrome en carcinome qui lui semble démonstratif.

Krug, en Angleterre, rapporte 2 observations dans le *Americ. Journal of Obst.*, 1891 : l'une de fibrome et d'épithélioma du col, l'autre de fibrome et carcinome du corps.

---

(1) DELBET (Pierre), *Traité de Chirurgie*, t. VIII
(2) BOETTICHER, Inaug. dissert. Berlin, 1884.
(3) WAGNER, Inaug. dissert. Berlin, 1886.
(4) WAHRENDORFF, Inaug. dissert. Berlin, 1887.
(5) SCHRAMM, *Cent. f. Gyn.*, 1892.

En France, la question a donné lieu à peu de travaux : nous ne trouvons guère qu'une série de communications de Nicaise (1881), Pozzi (1887), Le Bec (1892), Péan (1893). Ricard (1), dans sa thèse sur la pluralité des néoplasmes, rapporte plusieurs observations.

Bourgeois, dans sa thèse de Lyon (1897), a rapporté quelques nouvelles observations de Poncet et Laroyenne. Verstraete (thèse de Paris, 1898) et Boucaud (thèse de Bordeaux, 1898) rapportent également de nouvelles observations.

Dans ces derniers temps, Walther, Quénu, Potherat, Ricard, Schwartz et surtout Richelot ont présenté des cas à la Société de chirurgie, à propos des discussions sur l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale.

Depuis quelques années la question non plus de la simple coexistence mais du développement direct d'éléments épithéliomateux dans un fibromyome a été reprise surtout en Allemagne : au cas ancien de Klob sont venues s'ajouter un certain nombre d'observations de Babès (2), Röhrig (3), Coe (4), Siebman (5), Stratz (6), Ehrendorfer, qui ont amené la plupart de ces auteurs à admettre la possibilité du développement de tumeurs mixtes à la fois conjonctives et épithéliales qu'ils désignent sous le nom de myo-carcinomes. Les travaux plus récents de Recklinghausen (7), Voigt (8), Pick (9), Meyer (10), Neuman (11), Legueu et Marien (12) ont éclairci la question en montrant comment on pouvait expliquer le développement de ces tumeurs sans porter aucune atteinte aux principes histologiques universellement admis aujourd'hui.

Ce long historique, forcément un peu confus, montre que des auteurs également compétents ont émis les opinions les plus opposées et les plus contradictoires sur cette importante question des rapports des myomes et des épithéliomas de l'utérus. Cette confusion, ces contradictions

(1) Ricard, Th. de Paris, 1885.
(2) Babès, *Wiener med. Zeitung*, 1882, t. XXVII, p. 36-48.
(3) Röhrig, *Zeitschr. f. Geb. und Gynæck.*, 1880, V, p. 265.
(4) Coe, *Société obstétricale de New-York*, 6 novembre 1888.
(5) Siebmann, Ein Fall von Myocarcinom des Uterus. *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 291.
(6) Stratz, *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1889, vol. XVIII, p. 80.
(7) Recklinghausen, *Die Adenomyome und Kystectonome der Uterus und Tubenwendung*. Berlin, 1896.
(8) Voigt, *Monatsschrift für Geb. und Gynæk.*, 1896, Bd. III, Heft I, p. 100.
(9) Pick, *Arch. f. Gynäk.*, t. LX, p. 1.
(10) Meyer, *Monatschr. für Geb. und Gynäk.*, 1896, Bd. III, Heft I, p. 9.
(11) Neumann, *Archiv f. Gynäk.*, 1899, Bd. VIII, p. 394.
(12) Lequeu et Marien, *Ann. de Gynéc. et d'Obstét.*, 1897.

tiennent essentiellement à ce que les divers auteurs traitent la question à divers points de vue et réunissent dans une même description des cas absolument différents.

L'étude des observations publiées montre deux ordres de faits : dans les uns, il y a simplement développement simultané dans l'utérus d'un fibrome et d'un cancer, les deux tumeurs restant absolument isolées.

Dans les autres, au contraire, les éléments cancéreux, les cellules épithéliales se développent dans la masse fibro-myomateuse même.

Ce sont là deux variétés bien distinctes, dont nous croyons devoir séparer l'étude; nous examinerons donc successivement :

1° Les cas dans lesquels un épithélioma se développe au milieu d'un fibro-myome;

2° Les cas dans lesquels il y a simplement coexistence de fibrome et d'épithélioma utérin.

Développement d'un épithélioma dans un fibro-myome. — La possibilité du développement d'un épithélioma au sein d'un fibro-myome a été énergiquement repoussée par Cruveilhier : « Les corps fibreux peuvent-ils devenir cancéreux? Non, mille fois non, à ce point que, même si l'utérus tout entier subissait la dégénérescence cancéreuse, le corps fibreux resterait inaltérable. J'ai trouvé dans l'épaisseur de l'utérus une tumeur fibreuse environnée de toute part par un tissu encéphaloïde ramolli, et qui n'avait nullement participé à l'altération cancéreuse. » Cruveilhier cite, à l'appui de son opinion, un autre fait, dans lequel un fibrome développé à côté d'un carcinome utérin secondaire à un cancer du sein avait conservé toute son intégrité.

Cette opinion de Cruveilhier est certainement trop absolue, le développement d'un épithélioma au sein d'un myome est rare, exceptionnel même, mais il est possible, et nous en avons réuni 45 observations (1).

Dans la plupart de ces cas, il s'agit non de dégénérescence épithéliale vraie, mais d'envahissement d'un fibrome par un épithélioma de voisinage, surtout par un épithélioma de la muqueuse. L'épithélioma se

(1) Cas de : Lejeune (1827); Dumas (1840); Klob (1864); Richet (1874); Benporath et Liebmann (1875); Cornil et Boissier (1875); Rubl (1878); Röhrig (1880); Babès (1882); Ruge et Veit (1882); Wahrendorff (1887); Glaeser, Coe (1888); Rolly (1889); J. Williams (1888); Liebmann (1889); Schramm (1892); Schopter (1892); Ehrendorfer (1892); Franck (1892); Geuer (1894) (4 cas); Kümmel (1895); Roger Williams (1896); Thorn, Rolly (1897); Ivanoff (1897); Babcock (1898); Rotchinsky (1898); Legueu et Marien (1898); Boetticher-Jesset (1899); Cullen (1900); Mundt (1901); Neuman-Dorland (1901); Schultz-Schultzenstein (1902); Redlich (1903); Kannegisser (1903); Noble (1904), auxquels il faut ajouter le cas de Bonder et Lardennois et 3 observations que nous rapportons ci-dessous.

développe d'abord dans la muqueuse du corps de l'utérus, puis les traînées épithéliales s'enfoncent dans la profondeur et viennent envahir un fibrome situé immédiatement sous la muqueuse, plus rarement un fibrome interstitiel ou sous-séreux. Dans ce cas, l'envahissement du fibrome peut se faire directement ou bien par l'intermédiaire des lymphatiques péri-vasculaires. C'est, d'après Roger Williams, le mode d'envahissement habituel, même pour les myomes sous-muqueux.

Nous avons pu étudier 3 cas d'envahissement d'un fibrome par un épithélioma de la muqueuse utérine.

Obs. — Femme de 50 ans, opérée par M. Faure en juin 1903.

Depuis quelques mois, douleurs, hémorragies assez abondantes et écoulement leucorrhéique sans œdème.

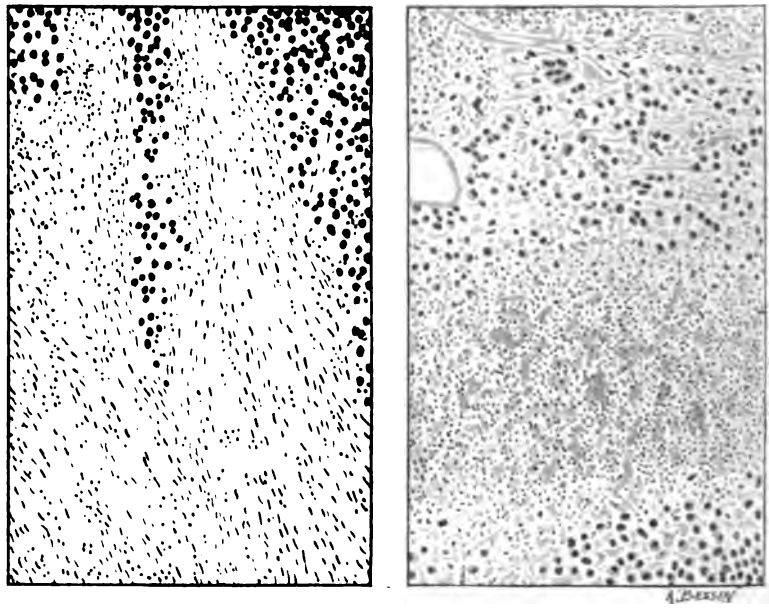


Fig. 1 et 2

Travées épithéliales s'enfonçant très loin dans le tissu fibro-myomateux.
On voit à la partie moyenne de la figure une bande de tissu fibro-myomateux, au-dessus et au-dessous deux bandes d'épithélioma qui envahissent le tissu fibromateux.

A l'examen on trouve une tumeur utérine bien mobile, du volume d'une tête de fœtus.

Hystérectomie supra-vaginale.

A l'examen des pièces : fibrome interstitiel sous-muqueux, développé dans le fond de la paroi postérieure de l'utérus. La muqueuse du fond de l'utérus est épaisse, irrégulièrement bourgeonnante et déchiquetée.

L'examen histologique montre un épithélioma cylindrique, dont les végétations envahissent la musculature utérine. L'envahissement est particulièrement marqué au niveau du fibrome sous-muqueux.

Des coupes pratiquées à la partie inférieure de la tumeur montrent qu'elle est formée par de petits nodules myomateux séparés par de larges bandes de tissu conjonctif, les traînées épithéliales envahissent ces bandes de tissu conjonctif et remontent très loin dans l'intérieur de la tumeur.

Dans la partie voisine de la muqueuse les nodules myomateux sont complètement dissociés par l'infiltration épithéliale, plus haut les nodules myomateux paraissent intacts, et seules les bandes conjonctives internodulaires sont envahies par les cellules épithéliales.

Un envahissement analogue existait dans un cas opéré par M. Richelot à Cochin, en février 1904. Il s'agissait d'un cancer du corps de l'utérus, pour lequel on pratiqua l'hystérectomie vaginale. L'opération terminée, M. Richelot nous fit remarquer la présence de plusieurs petits fibromes interstitiels, du volume d'une noisette à celui d'une grosse noix. A l'examen histologique on put constater que les végétations épithéliales s'enfonçaient profondément dans la paroi utérine et avaient envahi plusieurs nodules fibro-myomateux.

FIG. 3.

On voit dans le tissu fibro-myomateux de nombreuses cavités tapissées par un revêtement épithélial.

De même, dans un cas de fibrome sphacélé opéré par M. Quénu et dont l'observation a été rapportée par Bisch dans sa thèse, nous avons pu constater que des traînées épithéliomateuses provenant d'un cancer

de la muqueuse utérine s'enfonçaient très profondément dans le tissu fibro-myomateux sous-jacent en le dissociant et en donnant à la partie inférieure de la tumeur l'aspect d'un néoplasme mixte myo-carcinomateux.

Nous avons pu réunir un certain nombre de cas analogues d'envahissement de fibro-myomes par un cancer de la muqueuse.

1. Neumann-Dorland (*Philadelphia med. J.*, mars 1901, p. 618) rapporte un cas d'hystérectomie pour dégénérescence maligne d'un fibrome de l'utérus. L'utérus, très augmenté de volume (15 × 14 × 13 centimètres de diamètre), renfermait plusieurs fibromes interstitiels et sous-muqueux avec un polype; l'un des fibromes évidemment dégénérés faisait une saillie marquée dans la partie supérieure droite.

L'examen histologique montre un épithélioma glandulaire de la muqueuse.

La tumeur saillant dans la cavité utérine est un fibrome, dont la partie superficielle est envahie par la dégénérescence épithéliale. On y trouve, jusqu'à une certaine distance de la muqueuse, des traînées épithéliales séparées par des bandes de tissu musculaire.

2. Rubl (*Mitt. a. d. path. Institut z. Munchen*, 1878, p. 211) rapporte une observation d'envahissement d'un fibrome interstitiel par un cancer du corps de l'utérus.

3. Röhrig (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1880, t. V, p. 263) signale également un cas d'envahissement d'un myome par un cancer. Il dit que cet envahissement est fréquent et qu'il l'a observé dans plusieurs cas.

4. Ruge et Veit (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1881, t. VI, p. 261) donnent un cas de myo-carcinome avec cancer du corps de l'utérus.

5. Cullen (*Cancer of the Uterus*, 1900, p. 410) rapporte une observation analogue.

6. Siredey et Danlos (*Dict. de méd.* en 60 vol., Art. Utérus) signalent un cas dans lequel un cancer du corps de l'utérus avait envahi par propagation un myome préexistant.

7. Babcock (Wayne, *Amer. gyn. and obst. J.*, déc. 1896) a observé dans le service de Kelly un cas de cancer du col ayant envahi un fibro-myome.

8. Schramm (*Centralbl. für Gynäk.*, n° 12, 1892) a observé un cas de polype fibreux intra-utérin envahi par un cancer de la muqueuse du corps de l'utérus.

9. Ehrendorfer (*Arch. für Gynäk.*, Bd. XIII, Heft. 2) rapporte un cas analogue au précédent.

10. Franck (*Wiener med. Wochenschr.*, n° 50, 1892) signale l'envahissement

par un cancer de la muqueuse d'un polype fibreux du col de l'utérus faisant saillie dans le vagin.

11 et 12. WAHRENDORFF (Inaug. Diss., Berlin, 1887) et J. WILLIAMS (*Cancer of the Uterus*, 1888, p. 29) rapportent deux cas analogues d'envahissement cancéreux de polypes fibreux du col de l'utérus.

13. KANNEGISSER (*Soc. de gynéc. et d'obst. de Saint-Pétersbourg*, 20 février 1903) signale un cas de polype fibreux enlevé par voie vaginale : à l'examen on trouve dans le polype des noyaux cancéreux. La malade refuse l'hystérectomie et meurt plus tard d'un cancer à l'utérus.

14. REDLICH (*Soc. de gynéc. et d'obst. de Saint-Pétersbourg*, 20 février 1903) rapporte un cas d'envahissement cancéreux d'un fibro-myome de l'utérus.

Femme de 35 ans, 6 grossesses, depuis 4 ans hémorragies persistantes. On enlève un fibrome pédiculé du volume d'un poing.

La surface de ce polype est lisse, à l'exception de la partie supérieure gauche qui présente une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

L'examen microscopique montre que cet ulcère présente la structure d'un cancer épithélial ; l'épithélium s'enfonce jusque dans le tissu conjonctif, perd ensuite toute attache avec le revêtement épithélial et forme des nœuds et bulbes cancéreux. Le processus cancéreux ne pénètre pas profondément la tumeur, qui a tous les caractères d'un fibro-myome ; cependant un examen approfondi montre dans les parties profondes des noyaux cancéreux à cellules caractéristiques. Le pédicule ne présente pas d'altérations cancéreuses.

Si les fibromes interstitiels et sous-muqueux peuvent être envahis par un épithélioma de la muqueuse utérine, les fibromes sous-péritonéaux peuvent de leur côté être envahis secondairement par des épithéliomas développés dans les organes avoisinants du bassin et de l'abdomen (l'ovaire, la trompe, l'intestin, etc.).

Kümmel (1) a rapporté un cas de dégénérescence d'un fibrome pédiculé sous-séreux envahi par un cancer primitif de l'ovaire.

De même dans le cas de Liebmann (2), considéré par l'auteur comme un type de myocarcinome primitif de l'utérus, il semble bien qu'il s'agisse seulement de l'envahissement d'un fibro-myome par un cancer primitif des ovaires.

A côté des cas dans lesquels il s'agit d'envahissement d'un fibromyome par un cancer de voisinage, il en est d'autres où la dégénérescence est due au développement d'éléments épithéliaux provenant d'un cancer plus ou moins éloigné, et amenés dans le fibrome probablement par embolies lymphatiques.

(1) KUMMEL, *Deutsche med. Woch.*, 4 juin 1895.

(2) C. LIEBMANN, Ein Fall von Myocarcinom des Uterus. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 17, p. 291.

Ces cas de cancers métastatiques, développés dans l'intérieur d'une tumeur fibreuse, sont absolument exceptionnels, mais ils existent, et nous pouvons en rapporter une observation, due à l'obligeance de notre collègue Bender :

Obs. — *Épithélioma développé dans un fibro-myome utérin à la suite de cancer du sein.* — Femme de 46 ans, rentre en mars 1903 dans le service de M. Pozzi. La malade a été opérée dans le service, un an auparavant, d'un cancer d'un sein gauche ; depuis, elle s'est bien portée, mais depuis quelques mois elle a des métrorragies assez abondantes.

L'examen montre la présence d'un fibrome utérin, et l'opération est décidée lorsque survient une paralysie complète des membres inférieurs gauches avec relâchement des sphincters. On pense à un foyer néoplasique secondaire dans la colonne vertébrale. La malade se cachectise progressivement et meurt six mois plus tard.

A l'autopsie, on constate une récidive locale du cancer du sein avec noyaux secondaires dans le foie, le pancréas, les deux poumons.

L'examen de l'utérus montre l'existence de plusieurs fibromes interstitiels et sous-péritonéaux ; à la coupe, plusieurs de ces corps fibreux paraissent en voie de dégénérescence, ils sont infiltrés par place d'une substance grisâtre, de consistance plus molle. A l'examen histologique, on voit entre les travées fibro-myomateuses des amas de cellules cubiques manifestement de nature épithéliale, absolument analogues à celles que l'on avait trouvées sur les coupes du rein et des autres organes envahis par le néoplasme ; il s'agit donc bien d'une dégénérescence cancéreuse d'un fibrome utérin consécutive à un cancer du sein.

Schopter (*Arch. für path. Anat.*, Berlin, 1892, t. XXIX, p. 61) a rapporté un cas analogue de métastase cancéreuse ; dans un cas de cancer primitif du poumon, il trouva un myome renfermant un noyau cancéreux.

Développement d'un épithélioma primitif dans un myome. — Dans tous les cas que nous venons d'étudier, il s'agit du développement dans l'intérieur d'un myome de cancers secondaires, soit par envahissement d'un cancer de voisinage, soit par métastase d'un cancer d'un organe éloigné ; à côté de ces cas, il en est d'autres où le myome est le siège d'un épithélioma primitif. M. Cornil en a présenté une observation très complète à la Société anatomique :

1. Cornil et Boissier, *Société anatomique*, juin 1875. — Mme R..., âgée de 53 ans, morte avec des symptômes de péritonite.

A l'autopsie, on trouve une tumeur du volume d'un cerveau d'adulte, développée aux dépens du corps de l'utérus ; cette tumeur est très irrégulièrement

bosselée, de consistance inégale, molle ou même fluctuante en certains points. A la coupe, la tumeur paraît formée à la périphérie d'un tissu ferme, dur, d'apparence fibreuse ; au centre par un tissu mou, présentant une cavité irrégulière remplie d'une sorte de bouillie jaunâtre et d'un liquide caséeux.

Examen histologique. — La partie périphérique est formée par des faisceaux de fibres musculaires lisses et de fibres conjonctives ; au-dessous on trouve une couche de tissu conjonctif renfermant de nombreuses cellules lymphatiques. La partie centrale de la tumeur est formée par du tissu fibro-conjonctif, ramolli, renfermant de nombreux îlots carcinomateux. La disposition de ces îlots est très nette : au milieu de chaque zone on voit un vaisseau rempli de

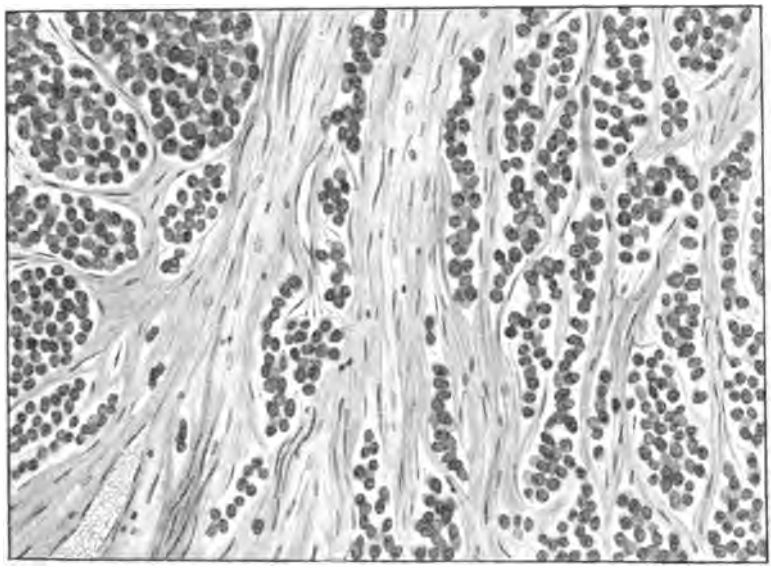


Fig. 4. — *Épithélioma développé dans un myome à la suite d'un cancer du sein.*

Les éléments épithéliaux se présentent sous forme d'amas de cellules cubiques séparés par des travées fibro-myomateuses. Ces cellules sont absolument analogues à celles trouvées sur les coupes du sein et des autres organes envahis par le néoplasme.

sang ; tout autour du vaisseau le tissu est formé par un réticulum de tissu conjonctif ; les mailles de ce réseau sont remplies de cellules épithéliales caractéristiques.

Nous avons pu réunir 23 autres cas de cancers primitifs développés dans des fibro-myomes.

2. Mundt (*Arbeit. aus d. path. Anat. u. Bakt.*, 1901, Bd. III, H. 2, p. 264). — Utérus à fibromes multiples enlevé par hystérectomie abdominale chez une femme de 38 ans. Un fibrome sous-muqueux saillant dans la cavité utérine renferme en certains points des formations d'apparence glandulaire, en d'autres

des formations épithéliales : on trouve des nappes irrégulières de cellules cylindriques ou polyédriques avec corps protoplasmique abondant et noyau vésiculeux; en certains points les éléments présentent une disposition alvéolaire, et les cellules formant plusieurs couches superposées sont orientées perpendiculairement au bord de l'alvéole. Il s'agit donc indubitablement d'un épithélioma cylindrique développé dans un myome. (Deux figures histologiques démonstratives accompagnent le travail de Mundt.)

3. Roger Williams (*Annals of Surg.*, septembre 1896). — Femme de 43 ans, très affaiblie, vient consulter pour des accidents d'occlusion intestinale chronique. Six mois plus tôt, il s'est formé un abcès de la région ischio-rectale gauche, suivi de fistule et d'ulcération cancéreuse.

Colpotomie lombaire gauche; mort par épuisement trente-six jours après.

Autopsie. — L'utérus, gros comme le poing, adhère intimement au rectum et à l'intestin iléo-cæcal ; le rectum est fortement comprimé contre le sacrum, au-dessus du point comprimé par le trajet fistuleux, qui aboutit à l'ulcération de la région ischio-rectale gauche.

La paroi postérieure de l'utérus renferme une tumeur du volume et de la forme d'un citron, qui paraît être un fibrome infiltré d'une matière colloïde grisâtre, translucide et granuleuse.

A la périphérie, l'infiltration a envahi les parties avoisinantes, surtout le tissu cellulaire qui sépare le rectum de l'utérus élargi. Les ganglions pelviens sont infiltrés, les uretères dilatés avec hydro-néphrose gauche et néphrite ; pas de métastases.

L'examen histologique montre que la tumeur utérine est formée de travées fibro-myomateuses plus ou moins épaisses, limitant des alvéoles remplies de substance colloïde, dans laquelle on trouve des amas de cellules épithéliales.

Diagnostic. — Cancer glandulaire du type tubulaire. Comme ni la muqueuse utérine, ni la muqueuse rectale adhérant à la tumeur ne présentent de lésions de dégénérescence épithéliale, il faut bien admettre que l'épithélioma a pris son origine dans le myome.

4. Schultz-Schultzenstein (*Berl. klin. Woch.*, 1902, n° 38, p. 661).— Femme de 58 ans. Depuis l'âge de 44 ans, augmentation du ventre. Depuis quatre ans, phénomènes de compression pelvienne, surtout gêne de la défécation extrêmement prononcée.

Diagnostic clinique : fibro-myome de l'utérus.

Laparotomie médiane sous-ombilicale ; on trouve une tumeur d'apparence fibreuse, intimement adhérente à l'intestin, surtout au côlon transverse. En essayant de rompre ces adhérences, on déchire la tumeur fibreuse, et la déchirure donne issue à une sorte de bouillie d'aspect encéphaloïde qui occupe le centre du fibrome. Une parcelle de cette bouillie fut, séance tenante, examinée au microscope et on reconnut qu'il s'agissait d'un carcinome. Devant l'impossibilité de faire l'extirpation totale, on referme le ventre, après avoir libéré les adhérences du côlon avec la tumeur.

Disparition des accidents d'occlusion, mais mort au bout de quelques semaines par péritonite cancéreuse (malgré un traitement par la cancroïne).

5. Ivanoff (*Wratch*, n° 49, 4 décembre 1897, et n° 50, 11 décembre 1897). — Femme de 43 ans, morte de cachexie. A l'autopsie, on trouve une volumineuse tumeur utérine remplissant tout le bassin. La paroi antérieure de l'utérus renferme un fibrome.

La paroi postérieure de l'utérus présente une tumeur qui a pénétré dans le vagin à travers le cul-de-sac postérieur. Histologiquement, la partie saillante du vagin est un adéno-carcinome, tandis que la masse de la paroi postérieure de l'utérus présente les caractères d'un fibro-myome kystique avec des cellules sarcomateuses et des tubes cancéreux. Il y a des noyaux métastatiques dans le péritoine, la plèvre, le poumon, le foie, la rate.

L'auteur pense que cette tumeur complexe a évolué de la façon suivante: d'abord, il y avait un adéno-myome de la paroi postérieure de l'utérus ; sous l'influence d'une irritation, la tumeur a subi la transformation sarcomateuse ; sous l'influence de la même irritation, les éléments glandulaires de la tumeur ont proliféré et se sont transformés en éléments épithéliaux atypiques.

6. Rolly (*Virchow's Archiv*, 1889, CXVIII, p. 89) décrit un myome intertitiel renfermant des îlots cancéreux avec métastases dans le foie. La muqueuse utérine examinée avec soin au microscope fut trouvée normale. L'auteur en conclut qu'il s'agit d'un myo-carcinome primitif développé aux dépens d'un adéno-myome provenant de débris du corps de Wolff.

7. Noble (*Americ. J. of Obstet.*, 1904, p. 306). — Femme de 63 ans, se plaignant de troubles urinaires avec pertes séreuses et sanguines, on trouve le fond de l'utérus augmenté de volume et on fait le diagnostic de fibrome dégénéré ou de fibrome accompagné de cancer du corps de l'utérus. Un curettage d'épreuve montre qu'il n'y a pas d'épithélioma mais seulement de la métrite.

Hystérectomie subtotale suivie de guérison rapide.

A l'examen des pièces on trouve un fibrome de 12 centimètres sur 8 faisant complètement saillie dans la cavité utérine. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un fibrome œdématié renfermant de nombreux amas épithéliomateux à type épidermique, ayant tendance à se kératiniser et à former des globules perlés.

La muqueuse qui tapisse la tumeur présente seulement des lésions de métrite; il n'y a pas de cancer des autres organes.

L'auteur pense que le processus a été le suivant : endométrite glandulaire, inclusion de culs-de-sac glandulaires dans le myome sous-jacent, puis dégénérescence atypique et métaplasie épidermique de ces éléments glandulaires comprimés et irrités au milieu du tissu fibro-myomateux.

8. Lejeune (*J. compl. du Dict. des sciences médic. de Paris*, 1827, t. XXVI, p. 297-299) rapporte l'observation d'un polype utérin devenu carcinomateux avec renversement de l'utérus.

9. Dumas (*Bull. acad. de méd.*, Paris, 1840, t. V, p. 285-294) décrit une tumeur fibreuse interstitielle transformée en matière encéphaloïde.

10. Richet (*Gazette des hôpitaux*, Paris, 1874, t. X, p. 266) donne une observation de dégénérescence cancéreuse d'un fibrome.

11. Klob (*Path. Anat. der weiblichen Sexualorgane*, 1864, p. 163). — En 1862, un singulier spécimen fut déposé au musée de Salzbourg ; dans une tumeur fibreuse du volume d'une tête d'enfant, située dans la paroi postérieure de l'utérus, il s'était développé un carcinome incontestable sans qu'aucune autre portion du corps fût affectée. Je dois donc admettre la possibilité de transformation cancéreuse d'un myome, quoique je ne puisse me rappeler un second cas de cette espèce, soit dans la littérature, soit d'après mon expérience personnelle.

12. Boetticher (cité par Schottlander) (*Zeitschrift für Geburt. und Gynäkologie*, t. XXVII, p. 94) rapporte un cas dans lequel un épithélioma s'était développé au centre d'un myome sans affecter de rapports avec sa muqueuse.

13. Benporath et Liebmann (cités par Barnes, *Traité clinique des maladies des femmes*, 1876) rapportent une observation de dégénérescence cancéreuse primitive d'un myome.

14. Babès (*Weiner med. Zeitung*, 1882, t. XXVII, p. 36-48) décrit un cas d'épithélioma développé au centre d'un myome interstitiel sans aucune lésion de la muqueuse utérine.

15. Coe (*Société obstétricale de New-York*, 6 novembre 1888) présente, au nom de Hunter, un fibrome utérin dégénéré en cancer avec noyaux métastatiques dans le poumon chez une femme de 52 ans. C'est probablement le même cas qui est décrit trois ans plus tard par Glaeser et Coe (*Centrabl. für Gynäk.*, p. 187, 1891).

16. Glaesser (cité par Seuer, *Centralblatt f. Gynäk.*, n° 14, 1894) rapporte un cas de dégénérescence cancéreuse d'un myome. Seuer pense qu'il s'agit simplement d'envahissement d'un fibrome par un cancer de voisinage.

17. Thorn (*Zeitschrift für Geburt. und Gynäkologie*, Bd. XXVII) rapporte un cas de dégénérescence cancéreuse d'un polype intra-utérin.

18,19,20,21. Geuer (*Centrabl. für Gynäk.*, n° 14, 1894) réunit 4 cas de dégénérescence cancéreuse primitive de myomes utérins.

22. Jesset (*Brit. med. J.*, 29 juin 1899) décrit 1 cas de dégénérescence cancéreuse d'un myome utérin. L'hystérectomie totale fut suivie de récidive.

23. Legueu et Marien (1898) signalent le développement de noyaux épithéliomateux au milieu d'un myome. (Nous rapportons plus loin un résumé de cette observation.)

24. Rotchinski (*Soc. de gynéc. de Saint-Pétersbourg*, 1898) présente un myome énorme renfermant dans son intérieur un noyau cancéreux.

Des 24 observations d'épithéliomas primitifs développés dans des myomes que nous venons de rapporter, celles de Lejeune et de Dumas ne nous inspirent qu'une confiance relative, en raison de leur ancienneté, du manque de détails histologiques et de la confusion régnant à cette époque sur la nature du cancer ; nous croyons que ces observations peuvent être de simples cas de dégénérescence sarcomateuse. Les observations de Richet, Benporath et Liebmann, Coe, Glaeser, au contraire, sont sûrement des cas d'épithéliomas intra-myomateux, mais, comme les auteurs ne décrivent pas l'état de la muqueuse utérine, on peut se demander s'il ne s'agit pas simplement d'invasion de fibromes par un épithélioma de la muqueuse.

De même, dans le cas de Klob, Ruge et Veit pensent qu'il s'agit de cancer de la muqueuse du corps ayant envahi un myome voisin ; cependant Klob dit expressément qu'à part le myome, aucune portion du corps de l'utérus n'était atteinte de carcinome.

Le cas de Thorn ne nous paraît pas non plus absolument certain ; là encore la muqueuse pouvait bien avoir été le siège initial de la dégénérescence cancéreuse, de même dans le cas de Schultz-Schultzenstein et dans celui d'Ivanoff.

Par contre, les cas de Cornil et Boissier, de Roger Williams, de Boetticher, de Babès, de Geuer, de Jesset, de Legueu et Marien, de Rotchinsky, de Mundt sont accompagnés de détails histologiques suffisants pour qu'on puisse admettre qu'ils constituent des exemples authentiques du développement d'épithélioma primitif dans les fibro-myomes utérins. De même dans le cas de Rolly et dans celui de Noble, l'examen histologique complet a montré l'existenee de noyaux cancéreux dans le myome avec absence de cancer soit de la muqueuse utérine, soit de tout autre organe. Il semble donc bien qu'il s'agisse là d'épithéliomas primitifs développés dans un fibrome.

Ces faits incontestables d'épithéliomas développés au sein d'un fibromyome ont été interprétés de diverses façons par les auteurs.

La plupart des auteurs anciens admettent qu'il s'agit d'une dégénérescence véritable : les éléments du fibro-myome (fibres musculaires et fibres conjonctives) se transforment directement en éléments épithéliaux. Telle est l'opinion de Klob, Babès, Glaeser, Coe, Röhrig, Ehrendorfer.

Cette transformation n'est plus admise aujourd'hui par aucun anatomo-pathologiste, elle est en effet en désaccord complet avec toutes nos connaissances sur le développement des tumeurs. Les épithéliomas, en effet, ne peuvent naître qu'aux dépens d'épithéliums, c'est-à-dire de tissus provenant du feuillet externe ou interne du blastoderme ; tandis que les fibro-myomes sont constitués par un mélange de tissu conjonctif et musculaire, c'est-à-dire par des éléments qui reconnaissent comme origine le feuillet moyen du blastoderme ; ils ne peuvent donc jamais, par le fait même de leur constitution histologique et de leur origine embryonnaire, donner naissance à des éléments épithéliaux.

La seule façon d'expliquer le développement d'un épithélioma dans un fibro-myome est d'admettre qu'il y a dans le tissu fibro-myomateux des éléments épithéliaux susceptibles de se développer et de proliférer, en donnant lieu à une tumeur maligne.

Cette thèse se trouve confirmée par un grand nombre d'observations, qui ont montré de façon indiscutable la présence d'éléments épithéliaux dans l'intérieur des fibro-myomes.

Babès, Diesterwegg, Ruge, Schroeder, Hauser, Schottländer, Chiari, Baraban et Pilliet ont signalé, au sein de fibro-myomes, la présence de cônes, de bourgeons épithéliaux, de cavités kystiques tapissées par un revêtement épithélial.

Origine des éléments épithéliaux. — Elle a été discutée et a donné lieu à de nombreuses théories ; d'après nous, cette origine est complexe, les épithéliomas développés au sein des myomes peuvent reconnaître une double origine et peuvent provenir :

1° Du développement de débris embryonnaires enclavés dans l'utérus au cours du développement ;

2° Du développement de culs-de-sac glandulaires abondants provenant de la muqueuse utérine.

1° *L'existence de germes embryonnaires épithéliaux* dans les parois utérines et dans l'intérieur des fibro-myomes a été signalée par Babès (1882), Diesterwegg (1) (1883), Hauser (2) et surtout par Recklinghausen (1894 et 1896).

Recklinghausen, ayant eu l'occasion d'examiner en 1894 un fibrome kystique enlevé par Freund, constata : 1° que la paroi de ce kyste était

(1) Diesterwegg, *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, 1883, Bd. IV, p. 191.
(2) Hauser, *Münch. med. Wochenschr.*, 1893, n° 10. p. 189.

tapissée par un épithélium ; 2° qu'il y avait, dans le reste des myomes et dans la paroi utérine hypertrophiée, de nombreux tubes glandulaires tapissés par un épithélium cylindrique. Ultérieurement, Recklinghausen eut l'occasion d'examiner un grand nombre de tumeurs fibreuses et constata, dans 34 cas, l'existence de tubes glandulaires à revêtement épithélial ; il propose de distinguer ces tumeurs des fibro-myomes simples en les désignant sous le nom d'adéno-myomes.

Ces adéno-myomes se développent surtout aux dépens du corps de l'utérus, ils sont remarquables par leur forme arrondie et par les connexions intimes qu'ils présentent avec le tissu des parois utérines.

Au point de vue histologique, ils se composent essentiellement de deux éléments : 1° d'un tissu fibro-conjonctif ; 2° de tubes glandulaires épithéliaux.

1° Le tissu fibro-conjonctif est absolument analogue à celui des myomes simples ; le plus souvent il est très richement vascularisé ;

2° Les tubes glandulaires constituent l'élément caractéristique de ces tumeurs, leur disposition est assez variable : parfois on trouve seulement de petites cavités kystiques ou des tubes glandulaires plus ou moins sinueux, disséminés sans ordre au milieu du tissu fibro-myomateux. D'autres fois, on peut reconnaître une disposition régulière absolument caractéristique. Chaque formation glandulaire commence par un renflement terminal (Endkolben), se continue par un canal plus large (canal sécréteur), puis devient plus petit et se rétrécit en constituant un canal rectiligne (canal collecteur) ; tantôt les divers tubes glandulaires sont complètement isolés, tantôt plusieurs canaux collecteurs se réunissent dans un canal commun accolé aux renflements terminaux ; on aperçoit souvent de petites cavités kystiques sphériques ou hémisphériques, que Recklinghausen désigne sous le nom de pseudo-glomérules.

La structure de ces diverses formations glandulaires n'est, d'ailleurs, pas identique : les canaux collecteurs sont tapissés par un épithélium à grandes cellules cylindriques munies de cils vibratils. Les canaux sécréteurs sont tapissés par un épithélioma cylindrique, mais moins élevé, dépourvu de cils vibratils. Les renflements terminaux et les pseudo-glomérules sont tapissés par un épithélium mince, presque pavimenteux, ils renferment souvent des granulations pigmentaires et des cellules volumineuses, granuleuses, colorées en jaune paille.

D'après Recklinghausen, toutes ces formations glandulaires sont

développées aux dépens de débris embryonnaires du corps de Wolff. Il s'appuie :

1° Sur la disposition générale des tubes glandulaires, qui rappelle absolument la disposition du paroophoron, c'est-à-dire de la portion du corps de Wolff dirigée vers l'utérus ;

2° Sur la présence de cellules cylindriques à cils vibratils rappelant les cellules du corps de Wolff ;

3° Sur l'existence de pseudo-glomérules présentant une grande similitude avec les glomérules typiques du pro, méso et méta-néphros ;

4° Enfin sur la présence de cellules jaune paille et de granulations pigmentaires rappelant la coloration jaune du paroophoron.

Recklinghausen arrive à cette conclusion, que tous les éléments glandulaires des adéno-myomes proviennent de débris du corps de Wolff. Les formations glandulaires des adéno-myomes du corps de l'utérus se développent aux dépens du paroophoron. Les formations glandulaires des adéno-myomes du col de l'utérus se développent aux dépens des canaux de Gartner.

Les conclusions de Recklinghausen sur l'origine Wolffienne des éléments glandulaires des fibro-myomes ont été confirmées par plusieurs auteurs. Meyer (1), sur un grand nombre de sujets, a constaté la persistance de débris du canal de Gartner dans les proportions de 22 p. 100 des utérus étudiés ; la partie supérieure de ce conduit est située sur la partie latérale de l'utérus, la partie inférieure se rapproche du centre de l'utérus et peut même devenir sous-muqueuse. A côté du canal principal, Meyer a constaté dans plusieurs cas la présence de glandes aberrantes ; il en conclut que les canaux de Gartner peuvent être l'origine des formations glandulaires incluses dans les myomes.

Max Voigt (2) a trouvé dans deux cas de myomes utérins des formations glandulaires dont il rattache l'origine à une persistance embryonnaire du canal de Wolff ou du canal de Müller.

Pick (3) a étudié un fibro-myome sous-séreux enlevé par hystérectomie, chez une femme de 45 ans, atteinte depuis quelques mois d'hémorragies rebelles : il a trouvé dans l'épaisseur de la tumeur et du muscle utérin des inclusions épithéliales formant des tumeurs glandulo-kystiques dans la région sous-séreuse. Dans tout le reste du muscle

(1) Meyer, *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1896, Bd. III, Heft 1, p. 9.
(2) Max Voigt, *Monatsschrift für Geburtshülfe u. Gynäk.*, 1896, Bd. III, Heft 1, p. 100.
(3) Pick, *Arch. für Gynäk.*, t. LX, p. 1.

utérin il n'y avait pas de glandes. Pick, se fondant sur la présence d'épithélium cylindrique vibratil et sur l'existence de cavités sphériques analogues aux pseudo-glomérules de Recklinghausen, admet que les formations glandulaires se sont développées aux dépens du corps de Wolff.

Breuss (1) considère également ces formations glandulaires comme dérivant des débris du canal de Wolff.

Contrairement aux idées soutenues par Recklinghausen et par les auteurs précédents, Hausser, Diesterwegg (2), Cullen (3), Kossemann (4), Lockstadt (5) font dériver les formations glandulaires des myomes non pas du corps de Wolff, mais du canal de Müller.

Les malformations des canaux de Müller sont assez mal connues; toutefois, on sait que la partie supérieure de ces canaux présente assez souvent des diverticules susceptibles de se développer et de donner lieu à des pavillons accessoires de la trompe, dans lesquels peuvent se développer des grossesses extra-utérines; ces pavillons accessoires sont même assez fréquents, puisque Richard, en 1857, les rencontrait 5 fois sur 50 cas.

Il ne semble évidemment pas illogique d'admettre que des anomalies semblables à celles que l'on a constatées sur les trompes peuvent exister sur toute l'étendue des canaux de Müller, et que la partie inférieure de ces canaux peuvent partir des diverticules épithéliaux qui s'enfoncent dans la paroi utérine et peuvent être incluses dans les formations fibromyomateuses.

A l'appui de leur théorie, Cullen et Kossmann citent trois cas dans lesquels les formations glandulaires aboutissaient à un ou plusieurs canaux ouverts dans la cavité utérine. Le cas de Breuss, un cas analogue de Recklinghausen doivent également, d'après ces auteurs, être interprétés comme des formations développées aux dépens des diverticules des canaux de Müller.

Baraban et Vautrin (6) ont rapporté un cas de tumeur fibro-kystique du col utérin dans lequel la cavité kystique principale était tapissée dans

---

(1) Breuss, *Ueber wahre Epithelia führende Cystenbildung in Uterus-Myomen.* Leipzig, 1894.

(2) Diesterwegg, *loc. cit.*

(3) Cullen, *Cancer of the Uterus*, 1900.

(4) Kossemann, *Arch. f. Gynäk.*, 1897, Bd. I, p. 369.

(5) Lockstadt, *Monatsschrift für Geburt. u. Gynäk.*, 1898, Bd. VII, p. 188.

(6) Baraban et Vautrin, *Annales de gynéc.*, 1898, t. II, p. 412.

la plus grande partie de son étendue par un épithélium cylindrique à une seule couche, et en quelques endroits par un épithélium pavimenteux : parmi les cellules de l'épithélium cylindrique les unes étaient caliciformes, les autres ciliées, d'autres enfin avec plateau dépourvu de cils. Se fondant sur la diversité de ces revêtements épithéliaux, les auteurs admettent qu'ils proviennent du canal de Müller; en effet, on trouve dans cette tumeur tous les types d'épithéliums de l'utérus et du vagin.

Puisque, à l'état normal, les épithéliums de la cavité utérine, des glandes utérines et du vagin proviennent du revêtement des conduits de Müller, il est logique d'admettre qu'une formation kystique qui présente les mêmes types épithéliaux dérive également des conduits de Müller. Le canal de Wolff, au contraire, ne paraissant susceptible que d'épithéliums cylindriques, le plus souvent ciliés, il y a lieu, ce semble, à éliminer son intervention dans ce cas.

Toutefois, Baraban et Vautrin n'admettent guère l'existence de diverticules du canal de Müller, ils pensent que les éléments épithéliaux de la paroi utérine proviennent plutôt d'un défaut de réunion des canaux de Müller : au moment de la coalescence de ces canaux, une portion de la paroi de l'un d'eux se serait incluse, aurait été pincée dans la paroi utérine comme le fait l'épiderme le long de fentes branchiales pour produire des kystes dermoïdes.

A l'encontre de la théorie de l'origine mullérienne des éléments épithéliaux inclus dans la paroi utérine, Recklinghausen fait remarquer que les formations épithéliales se rencontrent presque exclusivement dans les couches moyenne et externe de la paroi utérine, tandis qu'on ne les rencontre qu'exceptionnellement dans la couche interne; cette situation des éléments glandulaires à la périphérie de l'utérus serait évidemment un argument sérieux si elle était absolument prouvée, mais plusieurs observations (notamment celles de Breuss) montrent qu'on peut trouver des éléments épithéliaux dans la couche interne de la paroi utérine.

La discussion n'est donc pas tranchée entre les partisans de l'origine wolffienne et ceux de l'origine mullérienne; il est infiniment probable que les deux opinions renferment une part de vérité, et que les anomalies de développement du canal de Müller aussi bien que la persistance de débris du corps de Wolff peuvent entraîner la présence dans la paroi utérine d'éléments épithéliaux susceptibles de se développer, en donnant lieu à des tumeurs dont la constitution hybride soulève des discussions et des hypothèses.

2° *Formations glandulaires d'origine muqueuse.* — Les recherches de Recklinghausen et des autres auteurs que nous venons de résumer semblent montrer d'une façon certaine l'existence dans certains myomes de débris épithéliaux d'origine embryonnaire susceptibles de se multiplier et de donner lieu à un épithélioma malin; il paraît certain que l'on peut également trouver dans les myomes des éléments épithéliaux adultes venant de la muqueuse utérine.

Schroeder (1) a soutenu énergiquement cette théorie de l'origine muqueuse des éléments épithéliaux intra-myomateux en s'appuyant surtout sur deux cas de Breuss et un de Recklinghausen, dans lesquels on a trouvé des kystes à revêtement épithélial communiquant par un canal infundibuliforme avec la cavité utérine.

Dans son premier mémoire, Recklinghausen s'est élevé très énergiquement contre cette théorie. Son argument principal réside dans ce fait que la trompe, même dans sa portion pariétale, est complètement dépourvue de glandes; or les adéno-myomes tubaires sont loin d'être rares; d'autre part, il s'appuie sur un certain nombre d'observations dans lesquelles on a trouvé des glandes dans des myomes sous-séreux très éloignés et complètement isolés de la cavité utérine. Enfin, il insiste sur la forme spéciale et caractéristique des formations épithéliales rappelant la structure et la disposition du paroophoron.

Quant aux faits de communication de kystes épithéliaux avec la cavité utérine, ils ne sont pas, d'après Recklinghausen, un argument contre l'origine gartnérienne : en effet, il existe des observations authentiques d'abouchement du canal de Gartner dans la cavité utérine.

A la suite de son premier mémoire, Recklinghausen eut l'occasion d'examiner une tumeur dont les éléments glandulaires dérivaient évidemment des glandes de la muqueuse utérine : le fibro-myome siégeait dans la paroi antérieure de l'utérus, à l'intérieur il était en contact intime avec la muqueuse utérine : les éléments glandulaires constituaient des tubes épithéliaux associés, réunis, en sorte que l'ensemble donnait l'impression d'une muqueuse utérine hyperplasiée. De cette observation Recklinghausen conclut que dans quelques cas, rares d'ailleurs, les éléments glandulaires des myomes peuvent dériver de la muqueuse utérine.

Depuis, la théorie de l'origine muqueuse de la plupart des formations

---

(1) SCHRŒDER, *Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.* Leipzig, 1899.

glandulaires des myomes a été soutenue par Schroeder, Neumann (1), Schottländer (2), Legueu et Marien (3), Baldy (4).

Schroeder admet que les éléments glandulaires trouvés dans les myomes ou dans la partie utérine proviennent d'inclusion intra-pariétale de la muqueuse au cours du développement fœtal; au début la muqueuse pousse des évaginations en culs-de-sac dans l'épaisseur de la paroi; au cours du développement ces évaginations sont séparées de la cavité utérine par la croissance du tissu musculaire avoisinant et restent incluses au milieu de la paroi utérine. Sous l'influence du développement inégal de cette paroi ou bien sous l'influence de contractions musculaires, les éléments glandulaires ainsi isolés prennent cette forme irrégulière, ramifiée, renflée par endroits, rétrécie en d'autres, que l'on peut constater dans quelques cas et qui a amené Recklinghausen à les comparer au paroophoron.

Neumann admet en partie cette théorie et publie une observation dans laquelle il a trouvé des éléments épithéliaux dans deux myomes coexistants, l'un interstitiel, l'autre sous-séreux. Il admet que les éléments épithéliaux du myome sous-séreux proviennent de vestiges du canal de Gartner, tandis que ceux du myome interstitiel proviennent d'inclusion fœtale de la muqueuse.

La plupart des auteurs qui ont étudié la question repoussent cette idée d'une inclusion fœtale de culs-de-sac sous-muqueux.

Schottländer admet que les éléments épithéliaux des myomes proviennent de la muqueuse enflammée; le développement du myome irrite la muqueuse, et celle-ci enflammée envoie dans la muqueuse des invaginations glandulaires.

Legueu et Marien ont apporté, à l'appui de cette opinion, une pièce des plus démonstratives.

Dans le fond d'un utérus enlevé par hystérectomie vaginale, Legueu et Marien ont trouvé trois petits fibromes ayant chacun le volume d'une noix.

La tumeur inférieure, située immédiatement sous la muqueuse, présente des particularités de structure intéressantes. Dans les coupes qui portent sur la périphérie de la tumeur, on trouve une zone de prolifération irrégulière : cette zone est constituée essentiellement par des éléments inflammatoires, qui se présentent sous l'aspect de trois types de cellules : à la périphérie on voit surtout

(1) Neumann, *Arch. f. Gynäk.*, 1899, Bd. VIII, p. 394.
(2) Schottlænder, *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, t. XXVII, p. 94.
(3) Legueu et Marien, *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, 1897.
(4) Baldy et Longcope, *Americ. Journ. of Obst.*, juin 1902.

des cellules rondes à gros noyau dont la plupart sont en karyokinèse ; à mesure qu'on se rapproche du centre de la préparation, les cellules deviennent fusiformes et se transforment peu à peu en grandes cellules conjonctives et en cellules ramifiées.

Au sein de cette prolifération d'éléments embryonnaires, on voit que l'épithélium, très hypertrophié à la surface de la muqueuse utérine, a proliféré à son tour. Ce revêtement épithélial pénètre en certains points dans la profondeur pour former des tubes glandulaires. Ces tubes, tout en conservant une certaine symétrie quant à leur forme et à leur dimension, forment parfois de longs boyaux qui pénètrent jusqu'au centre de la tumeur; ils sont tapissés d'une couche d'épithélium cylindrique.

Le centre de la coupe montre l'existence d'un tissu fibro-musculaire renfermant de nombreux éléments inflammatoires. Legueu et Marien font remarquer que sur cette pièce les éléments glandulaires intra-myomateux proviennent de la muqueuse utérine à laquelle ils étaient encore reliés par place ; ils en concluent que les éléments épithéliaux que l'on trouve dans les fibromes viennent le plus souvent de la muqueuse, dont ils sont une dépendance.

Baldy et Longcope adoptent également cette idée que dans la majorité des cas les éléments épithéliaux trouvés dans les myomes proviennent de la muqueuse utérine enflammée : ils publient, à l'appui de cette opinion, deux cas d'adéno-myomes kystiques, dont l'examen histologique fournit des résultats comparables à ceux de l'observation de Legueu et Marien : sur la photographie de coupes histologiques annexées à leur mémoire on peut suivre très nettement l'évolution des éléments glandulaires, qui se montrent d'abord sous forme de simples évaginations en culs-de-sac, puis de tubes glandulaires plus ou moins profonds enfoncés dans le tissu fibro-myomateux, enfin sous forme de petites cavités kystiques complètement isolées au milieu de ce tissu.

Dans trois cas (1), nous-même avons trouvé, dans l'intérieur de tumeurs fibro-myomateuses, des cavités tapissées par un revêtement épithélial. La structure de cet épithélium, la présence d'une série de petits kystes microscopiques entre la muqueuse et le kyste principal, enfin l'existence de nombreuses invaginations muqueuses montraient nettement que dans deux de ces cas les éléments épithéliaux contenus dans le myome provenaient de la cavité utérine.

De ces divers travaux on peut conclure que les éléments glandulaires inclus dans les fibro-myomes reconnaissent une double origine.

---

(1) G. Piquand, *les Dégénérescences des fibro-myomes de l'utérus*. Th. de Paris, 1905, p. 276. G. Steinheil, éditeur.

Les uns, développés surtout à distance de la cavité utérine, en particulier dans les myomes sous-séreux, affectant une forme irrégulièrement contournée et ramifiée qui rappelle la disposition des tubes du paroophoron, résultent de la prolifération de vestiges du canal de Wolff et peut-être du canal de Müller.

Les autres, développés surtout dans les myomes interstitiels, non loin de la muqueuse utérine, proviennent de cette muqueuse, dont ils ne sont qu'une dépendance.

Quelle que soit leur origine, les éléments épithéliaux des myomes peuvent évoluer de diverses façons :

Souvent ils s'atrophient et même disparaissent complètement, étouffés par la prolifération du tissu fibro-myomateux ;

D'autres fois ces éléments peuvent se multiplier, déterminer la formation de cavités kystiques, souvent très volumineuses, qui refoulent plus ou moins complètement le tissu utérin (cyto-adéno-myomes) :

Enfin ces éléments glandulaires peuvent proliférer et dégénérer en donnant lieu à une tumeur épithéliale maligne qui se développe au milieu du tissu fibro-myomateux et peut en imposer pour une transformation épithéliale de ce tissu.

Legueu et Marien ont publié une observation très convaincante de cette dégénérescence.

Legueu et Marien ont examiné une tumeur du poids de 1.800 grammes, de consistance inégale, dure comme de la pierre en certains points, élastique, molle ou même fluctuante en d'autres.

A la coupe, on voit que la tumeur est constituée par divers tissus. A la périphérie, un certain nombre de blocs ont subi une série de transformations. Les uns sont devenus très durs, se sont rétractés et se sont transformés en substance calcaire. D'autres se sont ramollis, sont fluctuants et ont subi une dégénérescence myxomateuse ou mucoïde.

Le tissu fibreux qui forme la presque totalité de la tumeur offre une coloration blanchâtre nacrée ; il est très résistant et crie sous le couteau. Il y a toutefois, au milieu de ces tissus très denses et très fermes, des blocs d'une consistance moins dure. Ce sont des blocs d'éléments musculaires, cloisonnés par des travées de tissu fibreux ou entourés d'une capsule fibro-conjonctive moins résistante, à travers laquelle cheminent de nombreux vaisseaux.

Dans la profondeur de la masse fibro-myomateuse, on trouve des îlots de tissus présentant des caractères cancéreux et qu'il est facile de distinguer du reste de la tumeur. Sur des coupes faites à ce niveau et passant à la fois à travers le tissu dur et résistant et le tissu mou et friable, on constate les caractères microscopiques suivants :

Des travées de cellules épithéliales pénètrent dans les interstices fibro-conjonctifs circonvoisins et envahissent la tumeur fibro-myomateuse.

De longues travées, larges de quatre à six cellules et plus, s'enfoncent à une assez grande profondeur entre les faisceaux fibro-musculaires.

Le tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux est aussi envahi par les cellules cancéreuses, mais celles-ci semblent respecter la paroi propre des vaisseaux qui sont intacts. Il semble qu'elles ont dissocié les travées conjonctives en les refoulant pour pénétrer dans tous les interstices cellulaires qui constituent la capsule des petits blocs fibro-myomateux.

Si on examine les coupes au centre des îlots cancéreux, on voit que les cellules épithéliales, très variables quant à leur morphologie et à leur dimension, sont entassées les unes contre les autres, elles remplissent des alvéoles dont les parois sont constituées par des tissus fibreux. Ce stroma se présente, soit sous l'apparence de larges travées de tissu fibreux homogène et très dense, soit sous l'aspect d'un fin réseau fibrillaire formé de cellules connectives.

Les cellules cancéreuses sont excessivement variables et semblent douées d'une prolifération excessive.

Les unes sont rondes et petites, les autres sont polymorphes et volumineuses, elles varient de 1/100 à 6/100 de millimètre, elles affectent différentes formes ; on voit par exemple des cellules en raquette, sphériques, prismatiques, des cellules en faisceaux et d'autres étranglées en sablier. Quelques-unes renferment de deux à plusieurs noyaux ; il existe en outre des cellules géantes qui contiennent un grand nombre de noyaux. Toutes ces cellules se colorent très avidement par les réactifs ordinaires : il est évident que l'on se trouve en présence d'un épithélioma d'une grande malignité, dont la topographie répond au type des cancers décrits sous le nom de carcinomes.

Si nous voulons résumer en quelques mots cette première partie de ce travail sur les rapports du fibrome et du cancer utérins, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° Le développement d'un épithélioma dans un fibro-myome est rare, exceptionnel même, cependant il est possible et nous avons pu en réunir 45 observations ;

2° Le plus souvent il s'agit dans ces cas d'un épithélioma secondaire, le fibrome étant envahi par un cancer de voisinage, presque toujours par un cancer de la muqueuse utérine, exceptionnellement par un cancer d'un organe voisin, en particulier par un cancer de l'ovaire (cas de Kummel et de Liebmann). Dans des cas extrêmement rares un fibrome peut aussi être le siège d'embolies néoplasiques provenant d'un cancer éloigné et amenées dans la tumeur par voie lymphatique (cas de Bender-Lardennois et de Schopter).

3° *Le développement d'un épithélioma primitif* au sein d'un fibro-

myome, nié par un grand nombre d'auteurs, peut cependant s'observer : nous en avons réuni 24 observations, dont plusieurs paraissent absolument indiscutables. Pour expliquer ces faits, on ne peut songer à une transformation des éléments fibro-musculaires en cellules épithéliales, aussi il faut admettre que dans certains cas le tissu fibro-myomateux renferme des éléments épithéliaux susceptibles de se développer et de proliférer en donnant lieu à une tumeur maligne.

Ces éléments épithéliaux peuvent avoir une double origine : parfois ils proviennent de vestiges embryonnaires du canal de Wolff ou du canal de Müller restés inclus dans le tissu utérin ; plus souvent ils proviennent simplement de la prolifération de culs-de-sac de l'épithélium de la muqueuse utérine qui s'enfoncent dans le tissu fibromateux, y deviennent indépendants, puis peuvent ultérieurement se multiplier irrégulièrement, produisant ainsi un épithélioma primitif dans un myome.

(*A suivre.*)

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

(Directeur : Professeur-Docteur **ROSSIER**)

UN NOUVEAU CAS DE PYÉMIE PUERPÉRALE STAPHYLOCOCCIQUE PURE

Par le docteur **J. SCHWETZ**, assistant à la policlinique universitaire de Lausanne.

Il n'y a pas encore longtemps on attribuait toutes les infections puerpérales exclusivement au streptocoque pyogène, et dans les manuels d'obstétrique on identifiait la fièvre puerpérale avec la streptococcie.

Les nouvelles recherches bactériologiques ont démontré l'inexactitude de cette conception. Ces recherches ont établi que l'infection puerpérale peut être produite par d'autres microbes.

Jusqu'à présent on a trouvé, outre le streptocoque pyogène, les staphylocoques pyogènes doré et blanc, le pneumocoque, le bacterium coli, le vibrion septique de Pasteur et même le gonocoque.

Mais, hâtons-nous de le dire, les infections puerpérales produites par d'autres microbes que le streptocoque sont relativement très rares et on les publie encore chaque fois.

On a trouvé souvent les autres microbes pathogènes en association avec le streptocoque, mais non pas les autres microbes seuls.

Et comme, malgré les nombreux travaux de ces dernières années sur l'infection puerpérale, nos connaissances laissent encore beaucoup à désirer sur l'étiologie de cette redoutable maladie et surtout sur son traitement, nous croyons utile de publier un nouveau cas de pyémie puerpérale staphylococcique, observé dans la clinique obstétricale de Lausanne.

Ce cas, observé dès son début jusqu'à la fin, accompagné d'un examen bactériologique systématique et suivi d'autopsie, nous présente un tableau complet d'une fièvre puerpérale grave.

Nous saisissons cette occasion pour présenter à M. le professeur G. Rossier l'expression de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous offrant la description et la publication

de ce cas intéressant, ainsi que pour les conseils qu'il nous a prodigués dans le cours de nos recherches.

Obs. — *Anamnèse.* — Anna D..., 28 ans, mariée, ménagère. N'a jamais été gravement malade, mais n'a jamais joui d'une santé robuste.

Réglée à douze ans, périodes régulières, peu abondantes, indolores, durent 5 jours. Pertes blanches peu abondantes.

Accouchements antérieurs : 1° Fausse couche à 4 mois et demi de deux jumeaux en 1899 : suites de couches normales ;

2° Accouchement à terme en 1900 : enfant vivant ;

3° Accouchement à terme en 1901 : enfant vivant ;

4° Accouchement à terme en 1902 : enfant vivant ;

Dernières règles le 2 août 1904.

A part quelques maux de reins et des nausées, la patiente s'est bien portée jusqu'au 2 *novembre* 1904.

Le matin à 5 heures, la malade va au cabinet. Au moment de l'effort de défécation, elle sent « que quelque chose sort du vagin ». Elle appelle son mari qui coupe le cordon ombilical devant la vulve.

3 *novembre.* — Voyant que l'arrière-faix ne venait pas, la malade fait appeler un médecin. Le docteur X... sent un col dilaté et fait un essai de curage qui ne réussit pas.

4. — Une partie du placenta est expulsée. T., 37°,7.

5. — Le médecin fait appeler un spécialiste qui, après un essai de curage infructueux, fait le curettage.

6. — Le soir, la malade a un *frisson très fort.*

7. — Injections vaginales et intra-utérines. Diagnostic : *paramétrite droite.*

Depuis lors, la malade a des températures de 39°-40°.

10. — Le médecin l'envoie d'urgence à la Maternité.

Status præsens du 11 *novembre* 1904.

Femme amaigrie, air fiévreux, yeux brillants, langue sèche.

Cœur : bruits rapides, mous, pas de souffle.

Les *poumons* ne présentent rien d'anormal.

Abdomen : ballonné. La palpation n'est légèrement douloureuse que dans l'hypogastre.

Toucher : Vagin assez large, court, lisse. Portion vaginale longue en arrière de 2 centimètres et en avant de 1 centimètre avec d'assez profondes déchirures à gauche. Canal cervical perméable aussi loin que le doigt peut remonter.

Le cul-de-sac latéral gauche est assez large ; par contre, à droite, il est complètement effacé et la portion vaginale semble accolée à la paroi latérale droite du vagin.

Au-dessus du cul-de-sac latéral gauche on sent une résistance transversale partant de la région de l'orifice interne et s'étendant jusqu'à la paroi du bassin ;

cette résistance pourrait être l'utérus dévié à gauche ou une infiltration paramétritique (l'examen bi-manuel n'est pas possible pour assurer le diagnostic).

Le douglas est relativement mou; on y rencontre la même résistance indolore qui se continue dans celle décrite du côté gauche.

Au-dessus du cul-de-sac latéral droit on sent une résistance très intense, diffuse, sensible, qui prend tout le ligament large et s'étale jusqu'à la paroi du bassin.

La palpation de l'abdomen est remarquablement indolore. L'écoulement vaginal à odeur fétide est peu abondant.

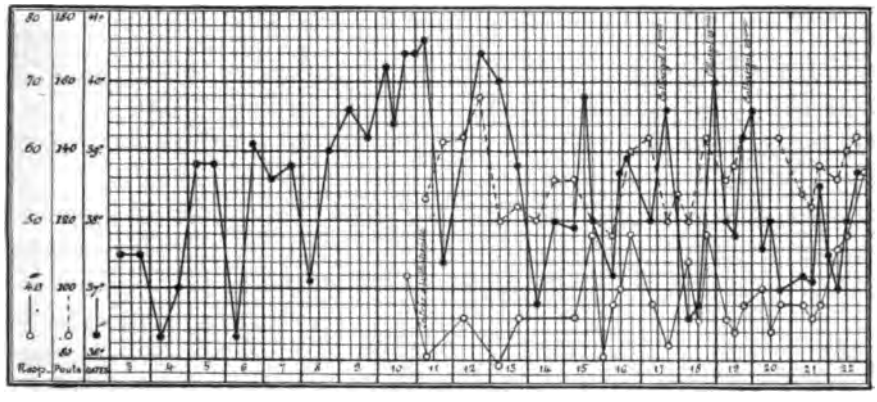
Diagnostic : paramétrite droite ; pyémie puerpérale.

Marche de la maladie. — 10 *novembre.* — T., le soir, 40°,4. P. 126. R. 42. Diarrhée. Albumine : 0.

Traitement : Repos absolu. Régime liquide. Alcool. Glace sur le ventre. Injection vaginale au lysol à 1 p. 100.

11. — T. m., 40°,6; s., 37°,4; P. 126-142. R. 30. A eu trois frissons : 6 h. et demie m. : un quart d'heure; 11 h. m. : une demi-heure et 7 h. s. : 40 minutes.

12. — 38°,9-40°,5. P. 144-156. R. 36. Pouls dépressible, dicrote. Diarrhée noirâtre.



Traitement : 1 litre de bordeaux; 1 litre de villeneuve, 40 gr. de cognac. On cesse les injections.

13. — T. 40°-38°,7. P. 120-127. R. 28-36. A eu trois frissons l'après-midi. La diarrhée a cessé.

14. — T. 36°,9-38°. P. 120-132. R. 36. A dormi toute la nuit. On constate sur la fesse gauche plusieurs bulles séreuses, jaunâtres, crevées en partie; une plaque grande comme la main, de couleur brun-noire sur le grand trochanter gauche; petite plaque rouge sur le grand trochanter droit. A la partie interne de la cuisse gauche on trouve une autre plaque avec quelques pustules.

Au toucher on sent, à droite de l'utérus, une résistance comme un poing

d'enfant. L'utérus est dévié à gauche. Canal cervical perméable. Langue rose, humide. Un frisson le matin.

Examen du sang. — Beaucoup de leucocytes polynucléaires avec protoplasma granuleux, coloré fortement à l'éosine. Globules rouges normaux. *Culture du sang* : o ; *Widal* : *négatif.*

15. — 38°,9. P. 132-120. R. 36. Pouls dépressible. Langue sèche. Euphorie. Frottements pleuraux dans la région du sein gauche. Trois frissons : un à midi, un à 2 heures trois quarts du soir et un de 9 heures trois quarts à 10 heures du soir. Diarrhée.

Traitement : 10 gouttes de laudanum.

16. — T. 39°,5-38°,9. P. 116-140. R. 36-48. Deux frissons : un à midi et un à 1 heure. Langue humide. Ventre indolore. Diarrhée très forte à odeur fétide. Nausées fréquentes. Crachats rouges.

Traitement: Injection de 10 centimètres cubes de sérum antistreptococcique, 10 gouttes de laudanum.

17. — T., 40°-38°,5. P. 144-120. R. 38. Transpiration profuse. Submatité sur le poumon gauche. Frottements sur le poumon gauche en avant et en arrière. 1 frisson — *treizième* et dernier — dure 50 minutes.

Traitement : Lavage du corps à l'eau et à l'alcool. Injection vaginale de salol. Ventouses. Injection intra-veineuse de 5 centimètres cubes d'une solution de collargol à 1 p. 100.

18. — T. 36°,7-40°. P. 120-148. R. 36-38. Plaie de l'injection intra-veineuse indolore. Muguet. Diarrhée assez forte.

Traitement : 10 centimètres cubes de collargol. Natr. bicarbon.

19. — T. 38°-39°,5. P. 132-144. R. 36-38. Tousse beaucoup. Expectoration presque nulle. Ventre indolore. Langue humide.

Culture du sang pris au moment d'un frisson (17 novembre) et du contenu d'une phlyctène, faite par M. le professeur Galli-Valerio, démontre *la présence exclusive de colonies de Staphylococcus pyogenes aureus.*

Traitement : Injection de 10 centimètres cubes de collargol dans la veine brachiale (une demi-heure après l'injection, la température monte à 39°,5; P. 144 ; R. 38).

20. — T. 37°,2-38°. P. 144. R. 40-37. Diarrhée profuse. Point pleurétique.

Traitement : Ventouses. Laudanum.

21. — T. 37°,7-38°,5. P. 128-136. R. 38. Tousse un peu. Matité à la base du poumon gauche.

Frottements à droite dans la ligne axillaire. Hémoglobine, 20 p. 100. Teint subictérique.

Traitement : Syr. codéine.

22. — T. 37°-38°,7. P. 132-144. R. 46-57. Tousse beaucoup. Râles sibilants sur les 2 poumons. Céphalées. Pouls filant, flottant. Sensorium affaibli.

Euphorie. Albumine : o.

Traitement : Ventouses. Rp. caffein. natr. salicyl., 5. L. amm. anis., 5/150. 1 cuiller à soupe 3 fois par jour.

23. — T. 37°-36°,5. P. 132-132. R. 44-42.

Portion vaginale, 1 demi-centimètre de longueur, très épaisse, large, perméable jusqu'à l'orifice interne qu'on ne dépasse pas. Utérus indistinct.

Le paramètre droit est très résistant et présente une trace de fluctuation. A gauche la résistance va de la région de l'orifice interne jusqu'à la paroi latérale du bassin.

La malade est un peu plus éveillée, mais son teint est légèrement cyanosé. Ascite. Transpiration abondante. Langue sèche.

Traitement : Fer. oxalic. 2 pointes de couteau.

24. — T. 38°,3. P. 154. R. 30.

Pouls très inégal. Obnubilation complète. Ne répond pas distinctement. Faiblesse extrême. Pieds enflés. Durant toute la nuit, dyspnée très forte avec un point du côté gauche dans l'aisselle.

Traitement : Morphine, 0,005. Aether camphor.

A 2 heures de l'après-midi exitus.

Extrait du protocole de l'autopsie, faite à l'Institut pathologique le 25 novembre 1904 :

Pâleur du cadavre.

Organes génitaux externes normaux.

Les seins contiennent du colostrum.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve les organes dans leur situation normale.

Dans le *paramètre droit*, on constate un épaisissement de 2 centimètres et demi. Le *paramètre gauche* est normal, sauf à la base.

La *cavité pleurale gauche* contient 700 centimètres cubes d'un liquide jaune-verdâtre à odeur fétide. Les plèvres gauches (pariétale et viscérale) sont couvertes de membranes fibrineuses. Ces membranes sont adhérentes et par place très vascularisées.

La *cavité pleurale gauche* contient 200 centimètres cubes de liquide.

Le liquide péricardique est augmenté en quantité. C'est un liquide trouble avec des flocons de fibrine. Le péricarde pariétal est par place dépoli.

Cœur : Grandeur normale. La pointe est formée par le ventricule gauche. Celui-ci contient des caillots fibrineux et sanguins. La musculature du *cœur droit* est flasque et pâle. Le muscle papillaire présente des stries jaunâtres. Valvules normales.

Cœur gauche : Muscle d'épaisseur normale, très pâle. Endocarde normal. Valvules normales.

Poumon droit : Plèvre dépolie, recouverte de membranes fibrineuses. A la partie supérieure du lobe inférieur, on trouve une cavité comme une noix, dont les parois sont verdâtres et couvertes de pus. Tout le poumon est œdématié. Dans le lobe inférieur, la coupe est inégale et les parties surélevées sont des

foyers de broncho-pneumonie. Dans le lobe moyen, on trouve un autre foyer de ramollissement plein de pus.

Poumon gauche : Embolus blanc dans l'artère pulmonaire et près de lui un foyer de gangrène pulmonaire. La muqueuse des bronches est ramollie (pus crémeux).

Rate : A la coupe, elle est rouge foncée avec foyers grisâtres. Elle est molle.

La *veine spermatique gauche* ne contient pas de thrombus.

Rein gauche: uretère, capsule surrénale gauche ne présentant rien de spécial.

Foie : agrandi et friable.

La *veine spermatique droite* contient un *thrombus* dans sa partie inférieure. Ce thrombus est mou et adhérent. La *veine utéro-ovarienne* contient également un *thrombus* adhérent et ramolli à centre purulent.

Rein droit : un peu hyperémié.

Capsule surrénale droite : normale.

Uretère droit : dilaté.

Estomac, *vésicule biliaire*, *veine cave* : pas d'altérations.

Organes génito-urinaires : En ouvrant la vessie, on remarque un petit foyer purulent à gauche correspondant à un *abcès* du *ligament large gauche*.

A la partie antérieure du col, entre la vessie et le col utérin, il sort du pus.

Petits *abcès* dans la *paroi vaginale*.

Utérus : 7 centimètres, agrandi, parois épaisses. Sur la coupe, on voit des thrombus purulents dans les veines utérines. Hyperémie de la muqueuse utérine.

L'ovaire droit est agrandi. Sur la coupe, on trouve un abcès de la grosseur d'une noix.

Dans le paramètre droit, on constate un abcès avec un centre ramolli occupant toute la hauteur du ligament large.

A la base du *paramètre gauche*, on trouve un abcès de la dimension d'une noix.

Corps jaune dans l'ovaire gauche.

Dans le douglas on constate des adhérences entre le rectum et l'utérus.

Ce cas de pyémie typique mortelle est intéressant à divers titres.

L'examen bactériologique n'a relevé dans le sang et dans le contenu des phlyctènes que le staphylocoque doré qui a donc produit une pyémie puerpérale typique, attribuée, jusqu'à il n'y a pas encore longtemps, exclusivement au streptocoque.

Les cas de staphylococcie puerpérale, avons-nous dit, sont relativement très rares. Magnus en a réuni dans la littérature 9 cas et en a décrit un nouveau; voici son résumé :

1° Cas de HAHN. — Pyémie puerpérale. Exitus. Dans tous les organes on trouve le staphylocoque pyogène doré qui donne une culture pure. L'inoculation donne un résultat positif.

2° Cas de HOFF. — Pyémie puerpérale. Exitus. Dans les organes on trouve le staphylocoque pyogène blanc qui donne une culture pure.

3° Cas de PAWLOWSKY. — Pyémie puerpérale avec métastases et abcès. Guérison. Le pus des abcès donne une culture pure de staphylocoque pyogène doré.

4° Cas de STRÜNCKMANN.— Pyémie post abortum. Exitus. Dans les organes on trouve le staphylocoque pyogène doré en culture pure.

5-8° Cas de LEVY. — Dans 4 cas de fièvre puerpérale, l'auteur trouve dans le sang des patientes, pendant les frissons ainsi que pendant leurs intervalles, uniquement le staphylocoque pyogène blanc en culture pure.

9° Cas de BURYNBURN. — Pyémie puerpérale avec exitus. Le sang donne des cultures pures de staphylocoque pyogène blanc.

10° Cas décrit par MAGNUS.— Accouchement artificiel par version et extraction. (Indications : position transverse et infection.) Après l'expression du placenta, injection utérine de lysol à 1 p. 100 et ergotine.

Trois jours après deux frissons, le lendemain encore un.Abdomen indolore. Annexes et paramètres libres. Utérus sensible. Lochies abondantes et fétides.

Diagnostic : *Endometritis puerperalis septica. Pyæmia puerperalis.* L'examen des lochies donne le staphylocoque pyogène doré en culture pure.

Traitement: Fortifiants. Beaucoup d'alcool. Ergotine,Priessnitz sur l'abdomen.

Trois jours après, douleurs, œdème et enflure de l'épaule gauche. Dans le sein droit on constate une partie infiltrée. Quelques jours après,une infiltration du côté interne de l'avant-bras gauche. Point douloureux dans le côté droit; matité et râles. Les ponctions répétées de l'articulation de l'épaule donnent des cultures pures de staphylocoque pyogène doré. Traitement: incision de l'abcès du sein. Ponction de l'articulation de l'épaule, injection d'acide phénique à 3 p. 100, aspiration de celui-ci et lavage avec une solution physiologique.

Un mois après le début de l'infection, la malade va si bien qu'elle sort de l'hôpital. Examinée 7 mois après, la malade était tout à fait guérie, mais l'épaule restait encore un peu raide.

(N. B — Le médecin qui a fait la version et l'extraction a eu, deux jours *post operationem*, plusieurs furoncles à l'avant-bras gauche.)

Nous avons trouvé dans la littérature encore 2 cas de pyémie puerpérale staphylococcique.

11° Cas de WILLIS ET SPENCER. — Femme de 27 ans, 7 grossesses. La maladie débute par la fièvre, douleurs aux membres, nausées.Quelques jours après, abortus de 3 mois. Tout de suite après signes de pyémie. Incision de 2 abcès. Injection de 10 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Péricardite

purulente. Ouverture et drainage. Le pus du péricarde donne une culture pure de staphyloco que pyogène doré. Exitus letalis 3 semaines après.

12° Cas de LOCKYER. — Femme âgée de 37 ans, IIIpare. Hydramnios et jumeaux. Accouchement prématuré à 6 mois. Forceps. Puerperium normal. La malade se lève 2 semaines après. Mais, 5 semaines après l'accouchement, forte hémorragie. Extraction manuelle d'un morceau placentaire. Quelques heures après, frisson, fièvre et vomissement. Le lendemain curettage, après lequel de nouveau 2 frissons ; la température monte à 40°,5.

Quelques jours après, un second curettage qui ramène des masses grisâtres dans lesquelles le microscope révèle des fibres musculaires œdématiées et infiltrées. Plus tard on constate de fausses membranes diphtéritiques dans le tractus génital.

L'examen bactériologique de ces fausses membranes démontre la présence du staphylocoque. L'état local s'améliore, mais bientôt apparaissent des symptômes pulmonaires et cardiaques et la malade meurt 3 mois après le début de la maladie.

A l'autopsie on trouve de nombreux infarctus dans les poumons, en partie suppurés. Dans la veine spermatique droite, près de l'ovaire, thrombus suppuré du volume d'une noisette.

A la place de l'insertion placentaire un gros abcès occupe toute l'épaisseur de la paroi utérine jusqu'à la séreuse. Les lymphatiques de la musculature environnante contiennent de nombreux staphylocoques.

Quant au diagnostic différentiel clinique entre la pyémie streptococcique et staphylococcique, nous ne croyons pas qu'il soit possible ; dans notre cas, nous voyons les mêmes localisations (paramètres, poumons, plèvres) que dans la pyémie ordinaire streptococcique.

Pawlowsky, se basant sur des inoculations aux animaux, a cru distinguer cliniquement les deux affections en ce que les métastases de la pyémie streptococcique se localiseraient exclusivement dans les articulations, tandis que celles de la staphylococcie se localisent également — et surtout — dans les organes internes et dans les tissus mous.

Si le cas que nous décrivons ici ne parle pas contre cette distinction de Pawlowsky, la plupart des autres cas décrits ne concordent pas, de sorte qu'elle doit être rejetée.

La présence du staphylocoque ne nous permet pas non plus de conclure à un pronostic plus favorable que celle du streptocoque.

Si, en général, les infections streptococciques sont plus graves que les infections staphylococciques, nous avons dans notre cas une pyémie staphylococcique très grave qui a causé l'exitus, malgré un traitement méthodique.

Des 13 cas de fièvre puerpérale staphylococcique (y compris le nôtre) nous ne connaissons pas le résultat des 4 cas de Levy. Sur les autres 9 cas nous n'avons que 2 guérisons (cas de Pawlowsky et de Magnus), ce qui donne une mortalité effrayante de 77 p. 100. Si le nombre de cas n'est pas suffisant pour tirer des conclusions définitives, il suffit pourtant pour démontrer que la staphylococcie puerpérale n'est pas bénigne du tout, et nous devons arriver aux mêmes conclusions que Levy, à savoir que l'espèce de microorganisme, soit streptocoque, soit staphylocoque, qui se trouve dans une collection purulente n'a pas d'influence sur la symptomatologie de la maladie. Pour le pronostic des pyémies, que ce soit le staphylocoque ou le streptocoque qui les produit, c'est uniquement la virulence qui joue un rôle. Cette virulence peut éventuellement être établie par des expériences sur des animaux.

Cette thèse peut encore être démontrée par d'autres cas de pyémie puerpérale atypique, si nous pouvons employer ce terme, produits par d'autres microorganismes de suppuration que le streptocoque et le staphylocoque.

Voyons ce qui en est du pneumocoque. Les salpingites puerpérales à pneumocoque sont bien connues ; mais nous trouvons aussi dans la littérature un cas de pyémie puerpérale mortelle à pneumocoque, publié par Otto Burckhardt.

Voici en quelques mots la description de ce cas :

Femme de 35 ans. Huitième accouchement spontané. Suites immédiates de couches normales. Deux jours après l'accouchement, douleurs dans le bas-ventre, céphalée. Température, 38°,3. Trois jours plus tard la malade entre à l'hôpital.

Status : Température 39°, 7 ; pouls 180, filiforme. Plusieurs vomissements, sensorium obnubilé. Cyanose de la face. Raideur de la nuque. Abdomen très ballonné. Utérus gros ; fundus monté à l'ombilic, devié à droite. Traces d'albumine. Pas d'autres détails.

Autopsie : Place de l'insertion du placenta couverte de fausses membranes diphtéritiques. Méningite suppurative. Néphrite parenchymateuse. Dégénérescence du cœur. Pelvi-péritonite au début. Le pus subarachnoïdal donne sur l'agar des colonies de pneumocoque typique.

A l'examen microscopique de l'utérus, on trouve du côté de la muqueuse une série presque ininterrompue de diplocoques. On peut suivre les bactéries jusqu'à la séreuse sous forme de traînées dans les lymphatiques.

Le fait que ces traînées vont en diminuant vers la séreuse, ainsi que la pelvi-péritonite au début, parle, d'après l'auteur, pour l'origine utérine

de l'infection. Les veines sont libres, ne contiennent ni thrombus ni microbes.

Comme on voit, le cas cité présente un tableau complet d'une infection puerpérale streptococcique et pourtant c'est le pneumocoque qui a été l'origine de cette affection.

Qu'il nous soit permis, puisque nous parlons à présent des infections rares puerpérales, de dire quelques mots également des fièvres puerpérales produites par d'autres microbes.

Nous ne voulons cependant pas parler de la *tétanie puerpérale*, ni de la fièvre puerpérale produite par le *Bacillus aerogenes capsulatus*, qui donne le tympanisme de l'utérus : le tableau clinique de ces deux maladies est trop caractéristique pour qu'on puisse les confondre avec d'autres formes. Il nous suffira de les mentionner.

Nous voulons parler ici de la fièvre puerpérale gonococcique.

Les complications différentes et variées de la blennorrhagie sont déjà assez connues pour qu'on ne la considère plus comme une maladie purement locale. Les dernières recherches ont démontré que le gonocoque se répand dans le corps par continuité, par la voie lymphatique et par la voie sanguine. Nous n'avons pas à y insister ici.

L'aggravation de la blennorrhagie dans le puerperium est connu. Le gonocoque trouve un milieu de culture très favorable dans les lochies. Les endométrites, oophoro-salpingites, pelvi-péritonites et même péritonites généralisées puerpérales gonococciques sont assez nombreuses.

Mais nous trouvons également dans la littérature des dernières années quelques cas de pyémie puerpérale généralisée et même mortelle dus au gonocoque (cas de Hoche et de Fruhinsholz).

Malheureusement ces cas sont trop obscurs pour qu'on puisse se baser sur eux. Cette obscurité est due surtout à la difficulté de cultiver le gonocoque. Mais en tout cas la notion de la bénignité absolue du gonocoque doit être biffée, et on peut admettre déjà à présent que le gonocoque, comme tous les autres agents pathogènes de suppuration, peut donner une pyémie.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'auteurs qui aient étudié la consistance et les caractères spécifiques du pus trouvé dans les affections puerpérales pour servir au diagnostic différentiel de ces affections, comme on l'a fait pour les diverses péritonites (surtout chez l'enfant d'origine streptococcique, staphylococcique ou pneumococcique.

« Le pus des péritonites à pneumocoques, comme celui des pleuré-

sies et des méningites dues au même microbe, présente des caractères qui le font aisément reconnaître : il est verdâtre, épais, crémeux, plastique, et contient une grande quantité de fibrine. » (René Lajotte.)

« L'épanchement à streptocoque est mal lié, séreux ou séro-purulent avec des flocons fibrineux en suspension ; au repos, ces flocons se déposent et la partie supérieure du liquide devient claire.

« L'épanchement à pneumocoque, au contraire, est franchement purulent, verdâtre, bien lié. » (Herrenschmidt.)

« Le pus de staphylocoque est bien lié, crémeux et jaunâtre s'il contient l'aureus. Le pus à streptocoque est grumeleux, mal lié, grisâtre, de mauvaise nature. » (Longchamps.)

Le seul moyen de diagnostic — et celui-ci a sans doute une importance, comme nous allons le voir, pour le traitement — reste donc l'examen bactériologique.

En effet, si le diagnostic des différentes formes de pyémie puerpérale est cliniquement impossible et n'a pas d'importance pour le pronostic, le diagnostic bactériologique a tout de même une importance qui n'est pas purement théorique.

Le traitement de la fièvre puerpérale par le sérum antistreptococcique n'a pas encore donné de résultats constants et, spécialement dans la pyémie, ces résultats sont loin d'être encourageants.

« Le fait est que, dans les cas francs d'endométrite à streptocoque, dans la septicémie, on a noté des résultats très satisfaisants ; dans les cas de *pyémie*, de pelvi-péritonite, de péritonite, où il y a tendance à la formation du pus, le résultat a été tout à fait négatif. » (Rossier.)

« Toutes les préparations de sérum sont inefficaces dans les cas de péritonite généralisée, *pyémie*, phlegmon du tissu cellulaire du bassin, et dans tous les autres processus où il y a déjà formation du pus dans les tissus. Dans ces cas même les doses de 150, 200, 300 grammes de sérum n'ont aucune influence.

« Par contre, on ne peut pas nier que, dans les formes graves d'endométrite à streptocoque, dans la phlegmasia alba dolens et dans la septicémie pure sans localisations, on obtient une amélioration frappante, un abaissement de température et même une guérison après une seule injection de 30-50 grammes. Mais comme il n'y a pas à craindre l'influence nocive du sérum, ce dernier mérite en tout cas d'être expérimenté. » (Bumm.)

Inutile d'ajouter que, dans tous les cas de staphylococcie puerpérale,

le sérum antistreptococcique a donné, comme dans notre cas, un résultat purement négatif.

Abouladzé a publié dernièrement deux cas d'infection puerpérale traités par le sérum antistreptococcique avec un résultat tout à fait différent dans les deux cas.

Dans le premier, septicémie puerpérale sans localisations, suivie d'exitus, où l'examen bactériologique du sang et des lochies a démontré l'association du streptocoque avec le staphylocoque, l'injection de 250 centimètres cubes de sérum n'a produit aucun effet, tandis que dans l'autre cas, pyémie puerpérale avec parotidite et salpingite, où l'examen des lochies a relevé le streptocoque seul, l'injection du sérum a agi très favorablement en abaissant immédiatement la température et en améliorant l'état général.

Si l'on admet, comme quelques auteurs le font maintenant, qu'il y a plusieurs espèces de streptocoques et que le sérum, par conséquent, ne peut être efficace que contre son espèce propre, on ne peut évidemment pas attendre du sérum antistreptococcique des résultats favorables dans les infections mixtes et surtout pas dans les infections produites par d'autres microorganismes que le streptocoque.

Et si le sérum n'est pour le moment qu'une arme de plus et voilà tout, il mérite d'un côté — comme nous sommes encore très pauvres en armes — qu'un diagnostic bactériologique précoce soit fait dans chaque cas d'infection puerpérale et que, de l'autre côté, on pense à chercher un sérum antistaphylococcique.

Notons également que le *Collargol Credé* est resté sans résultat, même momentanément, dans notre cas. On a pu constater, comme aussi Beyer, l'élévation de la température sous son influence.

Quelques mots encore sur la question du curettage dans les infections puerpérales.

Si beaucoup d'accoucheurs admettent que le curettage dans une infection puerpérale après un accouchement à terme ou prématuré est dangereux, on peut encore se demander, si après l'abortus il faut curetter en cas d'infection quand le curage est impuissant à enlever les restes de placenta ou de membranes, comme dans notre cas ? Presque tous les auteurs admettent l'inutilité du curettage après que l'infection s'est généralisée.

La grande difficulté réside précisément dans le diagnostic de la localisation ou de la généralisation de l'infection. Notre cas démontre clairement les dangers du curettage fait dans ces conditions.

Et même quand l'infection est encore localisée à la muqueuse utérine, le curettage n'est-il pas nuisible, en rompant la défense naturelle, le tissu de granulation, et en ouvrant les lymphatiques et les veines aux germes pathogènes ?

Nous reconnaissons l'utilité éventuelle de la curette non pas dans l'idée de faire un curettage complet de la cavité utérine, mais pour prolonger pour ainsi dire le doigt et enlever ainsi, avec le moins de lésions possible, les débris trop adhérents à la paroi utérine.

Le médecin doit individualiser dans chaque cas et surtout ne pas oublier le précieux *primum non nocere.*

BIBLIOGRAPHIE

1. Bumm, *Grundriss der Geburtshilfe.*
2. Rossier, *la Fièvre puerpérale.* Leçon inaugurale, Lausanne, 1903.
3. Hoche (L.), Thrombose utéro-ovarienne infectieuse avec extension à la veine cave inférieure et au cœur. *Arn. de gynéc.*, mai 1902.
4. Fruhinsholz, Du rôle du gonocoque au cours de la grossesse et de la puerpéralité. *Ann. de gynéc.*, t. LVIII, 1902.
5. Lockyer, Septicæmia uteri with bacteriological investigation. *Trans. of the obst. Soc. of London,* 1901. Part. IV, page 304.
6. Willis and Spencer, A case of pyæmia after abortion, etc. *Lancet,* 1901, vol. I, p. 1759.
7. Arthur v. Magnus, Ueber reine puerperale Staphylokokken pyamie. *Centralblatt für Gynäkologie*, 1902, N. 27.
8. Otto Burckhardt, Puerperalinfection mit Pneumococcus Frænkel. *Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1901, V. 13.
9. Wormser, Puerperale Wundinfektion. Frommels, *Jahrbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1901-1902.
10. Abouladzé, Deux cas de fièvre puerpérale traités par l'injection du sérum antistreptococcique. *Uratchebnaïa gazeta*, 1904, N. 17.
11. Maurice Dubreuilh, *De la péritonite gonococcique chez l'enfant.* Thèse de Paris, 1904.
12. Henri Herrenschmidt, *Contribution à l'étude de la streptococcie péritonéale par apport vasculaire.* Thèse de Paris. G. Steinheil, 1900.
13. René Lajotte, *De la péritonite à pneumocoque.* Thèse de Paris, 1891.

CHARITÉ DE LYON, CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE, SERVICE DE M. LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

SUR UN CAS DE CANCER DU COL UTÉRIN CLINIQUEMENT OPÉRABLE AVEC GÉNÉRALISATION PÉRITONÉALE CONSTATÉE SEULEMENT A LA LAPAROTOMIE

Par MM. **VIOLET**, Moniteur de clinique gynécologique, et **ADLER**, Interne des hôpitaux.

La question du traitement du néoplasme utérin est de plus en plus à l'ordre du jour, et l'on discute toujours au sujet de la supériorité de la voie vaginale ou de la voie abdominale pour faire l'hystérectomie.

Voici, à ce sujet, une observation recueillie dans le service de M. le professeur A. Pollosson, qu'il nous a paru intéressant de publier au double point de vue de la constatation d'une généralisation néoplasique peu fréquente et de l'inopérabilité du mal, reconnue seulement après l'ouverture de l'abdomen :

Marie D....., âgée de 43 ans, habitant Bourgoin, entre le 6 mars 1905 à la Charité, dans le service de M. le professeur A. Pollosson, pour des métrorragies datant de 9 mois. On ne note rien de particulier du côté de ses antécédents héréditaires ; ses parents sont morts âgés de 70 et 65 ans. Rien du côté des collatéraux.

Elle-même n'a jamais été malade. Apparition des règles à 15 ans ; elles furent toujours régulières, normales.

Mariée à 21 ans, elle eut huit ans plus tard une fausse couche de 2 mois et demi sans accident consécutif. A 30 ans, premier accouchement d'un enfant mort pendant le travail, deux accouchements, à 32 et 33 ans, d'enfants actuellement en bonne santé. Enfin, à 34 ans, accouchement d'un enfant qui mourut à 6 mois de méningite.

Ces 4 accouchements se sont faits sans peine, sans emploi du forceps, et la malade s'est toujours rapidement relevée de ses couches.

Depuis environ 9 mois les règles ont augmenté d'importance. Elles ont commencé par être plus abondantes, puis la malade a vu des métrorragies survenir 2 fois par mois ; enfin depuis 2 mois environ elles sont devenues beaucoup plus fréquentes. Pertes à l'occasion du coït et au moment de chaque défécation.

Pertes blanches ayant toujours existé, suivant les dires de la malade, mais étant devenues beaucoup plus abondantes et ayant pris une odeur fétide depuis plusieurs mois. La malade déclare elle-même n'avoir jamais été bien soigneuse de sa personne.

Les douleurs sont peu importantes, existent seulement légèrement au niveau de la région lombaire et dans les hanches. Pas de douleur dans les cuisses.

La miction est normale, non douloureuse. Pas de trouble de la défécation.

L'état général est assez bon ; pas d'amaigrissement, pas de perte d'appétit.

L'examen local par le toucher vaginal montre que l'utérus est en bonne position. On sent immédiatement sur le col utérin une surface dépolie, ulcéreuse, friable, creusée un peu en entonnoir, dans lequel s'engage la pulpe digitale. Tout autour sur la marge du col on sent une induration très nette. Il s'agit d'une ulcération reposant sur un pourtour induré et épaissi. Toute l'étendue de cette surface ulcéreuse est friable ; l'exploration s'accompagne d'hémorragie facile ; le signe de l'ongle n'est même pas recherché.

Le corps utérin ne semble pas augmenté de volume.

Les culs-de-sac vaginaux sont libres. L'utérus est mobilisable.

La malade n'a consulté pour la première fois un médecin que quelques jours avant son entrée à l'hôpital.

La veille de son entrée elle prit un érysipèle phlegmoneux de l'extrémité inférieure de la cuisse droite, qui fut traité par des incisions multiples et des drainages. On dut attendre la disparition des phénomènes infectieux et la cicatrisation de ces plaies pour intervenir sur le néoplasme utérin.

Cette intervention est décidée pour le 10 avril. On commence par racler à la curette le col néoplasique, puis on cautérise au thermo la surface ainsi cruentée.

Le toucher pratiqué à ce moment montre que l'utérus est toujours mobile et qu'il descend facilement. Le néoplasme paraît s'étendre surtout à gauche et semble être très opérable. En avant, dans le cul-de-sac antérieur et un peu à gauche on sent une petite tuméfaction grosse comme une noix environ, non douloureuse à l'examen, que l'on pense être une salpingite gauche antérieure, qui n'avait pas été notée dans le premier examen mais dont le volume aurait pu parfaitement échapper.

Puis laparotomie médiane sous-ombilicale par M. le professeur A. Pollosson. Après l'ouverture du péritoine et refoulement de la masse intestinale vers le diaphragme, on remarque, à la partie inférieure de l'incision péritonéale, une induration cancéreuse, d'aspect blanchâtre, grumeleuse, située dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et s'étendant à la face postérieure de la vessie sur une surface équivalente à la paume de la main environ ; un peu à gauche se trouvent deux petits noyaux cancéreux, isolés de la masse principale, gros chacun comme une petite cerise. Il s'agit, à n'en pas douter, d'une généralisation néoplasique, et dès lors l'intervention radicale est abandonnée. Un morceau de ce noyau sous-péritonéal est excisé pour être examiné histologiquement.

Les suites de la laparotomie exploratrice ont été très simples. La malade est repartie chez elle le dixième jour.

Examen histologique. — Durcissement à l'alcool. Inclusion à la paraffine. Coloration à l'éosine-hématoxyline. A l'examen de la coupe on constate que le morceau prélevé est essentiellement constitué par un fin reticulum formant des

mailles dont le contenu a disparu. Il s'agit de vésicules adipeuses. Il est impossible de repérer sur la préparation le péritoine; d'un côté toutefois il existe une nappe de tissu conjonctif assez développé et vasculaire. Dans ce tissu on trouve des nids de grosses cellules, dont le noyau prend fortement les colorants; ces cellules sont disposées en boyaux pour ainsi dire, coupés les uns en long, les autres en travers, et qui paraissent limités par un revêtement de cellules plates à disposition absolument différente des cellules principales. Çà et là ces cellules paraissent essaimées dans le tissu voisin, qui en certains points est assez condensé et vascularisé.

Il est évident qu'il s'agit d'une tumeur épithéliale de l'utérus, mais la métatypie des cellules examinées ne permet guère de les rapporter exactement à un type néoplasique défini : adéno-carcinome ou épithéliome pavimenteux.

Telle est cette observation, qui nous a paru intéressante en plus d'un point.

En effet, la généralisation péritonéale d'un cancer du col est une généralisation rare, et nos recherches, qui ont eu, il est vrai, le tort de ne pas être très complètes, ne nous ont pas permis de voir que le fait ait été signalé.

On connaît les extensions habituelles du néoplasme utérin, vers le col ou vers le vagin pour le cancer du museau de tanche, vers les ligaments larges pour le cancer de la cavité cervicale, excentriquement vers le péritoine pour le cancer du corps. D'ailleurs dans notre cas de cancer de la cavité cervicale les ligaments larges étaient déjà infiltrés, surtout celui du côté gauche.

Quant à l'extension métastatique du néoplasme du col utérin, on a trouvé bien rarement une localisation dans la paroi utérine ou dans les annexes, localisation expliquée d'ailleurs par la présence d'anastomoses entre des troncs lymphatiques voisins.

Comment dans notre cas expliquer la généralisation cancéreuse au niveau de la zone sous-péritonéale de l'espace rétro-vésical? Par quelle voie s'est fait l'ensemencement?

Nous n'insisterons pas sur la voie sanguine, qui certainement ne doit pas être mise en cause.

La voie lymphatique de même ne satisfait pas bien pour expliquer la localisation. Les travaux plus anciens de Cruveilhier, Sappey, Poirier, repris plus récemment par Rüssell, Peiser, Marcille, Krœmer, nous ont bien fait connaître les différents troncs lymphatiques émanant de l'utérus. Et pour ce qui est du col utérin, on sait qu'il existe des troncs postérieurs reliant le col aux ganglions sacrés, et des lymphatiques latéraux

suivant l'artère utérine, croisant l'uretère et venant se jeter dans les ganglions hypogastriques.

On a signalé aussi, il est vrai, des anastomoses lymphatiques entre l'utérus et la paroi postérieure de la vessie.

Mais il nous semble plus rationnel d'expliquer la généralisation cancéreuse au niveau de l'espace rétro-vésical par une propagation directe du mal, propagation de proche en proche dans un tissu de moindre résistance, dans cette graisse sous-péritonéale où de nombreux vaisseaux lymphatiques normaux doivent offrir une voie de diffusion facile au néoplasme.

Le second point qui nous a paru intéressant dans notre observation est le choix de la voie abdominale pour pratiquer l'hystérectomie pour cancer.

Il s'agissait, en effet, d'un cas jugé très opérable : l'utérus était bien mobile, on ne sentait pas de noyau de généralisation. La petite masse antérieure avait été perçue au palper et toucher combinés, mais interprétée fatalement comme un reliquat de salpingite antérieure, vu sa complète indépendance avec l'utérus. Si l'on eût fait l'hystérectomie vaginale, la généralisation cancéreuse sous-péritonéale échappait à l'examen, l'utérus était enlevé, et l'intervention était de ce fait non seulement incomplète mais encore inutile.

La voie abdominale présente sur la voie vaginale une supériorité diagnostique et opératoire. Au point de vue diagnostic, il est admis depuis longtemps que la possibilité d'abaisser l'utérus, de le mobiliser peut dépendre de facteurs autres que celui de l'extension néoplasique; les inflammations salpingiennes antérieures ou concomittantes peuvent immobiliser l'utérus; l'infiltration des ligaments larges, appréciée par l'examen clinique et attribuée d'une façon générale à l'envahissement néoplasique, peut n'être due qu'à des inflammations secondaires partant de la surface néoplasique ulcérée. Seule la laparotomie permet réellement d'apprécier *de visu* et *de tactu* la part de l'une ou de l'autre.

La laparotomie nous éclaire d'ordinaire sur la possibilité d'enlever un utérus cancéreux dont l'extirpation paraissait cliniquement impossible; dans notre cas, au contraire, elle a démontré l'impossibilité d'une opération complète dans un cas qui paraissait facilement opérable.

Notre fait est donc intéressant à un double point de vue, parce qu'il est un exemple de généralisation rare que nous signalons à l'attention des opérateurs, et en second lieu parce qu'il constitue un argument de plus en faveur de la laparotomie contre la voie vaginale.

REVUE CLINIQUE

EPITHÉLIOMA PRIMITIF DES DEUX TROMPES DE FALLOPE [1]

Par M. MAURICE ROLLIN.

Mme Rich..., âgée de 46 ans, employée de commerce, entre à l'hôpital Cochin, salle Sédillot, n° 2, le 6 janvier 1905, pour des douleurs abdominales dont elle souffre depuis bientôt un an.

Nous ne retrouvons dans ses antécédents héréditaires rien qui puisse se rattacher à la maladie actuelle. Son père est mort de tuberculose pulmonaire; sa mère, âgée de 84 ans, est actuellement bien portante. La malade est la dernière de six enfants, dont trois sont morts : le premier, à l'âge de 8 ans, a succombé à une méningite tuberculeuse ; le deuxième est mort à 48 ans, à la suite d'un phlegmon du bras ; et la cinquième, de suites de couches.

Mme Rich... a eu la rougeole dans sa première enfance. Réglée à 11 ans, ses règles ont toujours été très régulières, provoquant quelques douleurs lors de leur apparition.

Mariée à l'âge de 20 ans, elle a eu, après dix ans de mariage, une fille, actuellement très bien portante. Les suites de couches de cette unique grossesse furent troublées par quelques jours de fièvre et un abcès du sein droit. Quatre ans après, la malade fut soignée pour une métrite et une salpingo-ovarite gauche.

Le début de la maladie actuelle se serait fait par des pertes abondantes, aqueuses, couleur de thé clair, sans odeur. Ces pertes continuelles s'accompagnaient de douleurs sourdes dans le bas-ventre, avec des paroxysmes douloureux, au moment des règles, pendant huit ou dix jours.

Celles-ci sont toujours venues régulièrement, mais seraient un peu moins abondantes depuis quelques mois.

La miction est également douloureuse, et la malade n'accuse d'autres troubles qu'une constipation opiniâtre.

La *palpation* de l'abdomen permet de constater, dans la fosse iliaque droite, une tumeur bien limitée, remontant à trois travers de doigt au-dessus du tiers interne de l'arcade crurale. Cette tumeur est douloureuse à la pression.

Par le *toucher vaginal*, on trouve un utérus immobilisé en antéversion. Le

(1) Communication faite à la *Société anatomique*, séance du 20 janvier 1905.

col, qui regarde en avant et à gauche, est gros, arrondi, douloureux à la pression sur sa face postérieure. Le col utérin est augmenté de volume et douloureux.

Dans les culs-de-sac, aussi bien à droite qu'à gauche et en arrière, on trouve une masse tendue, mais fluctuante et douloureuse au toucher, englobant l'utérus en forme de fer à cheval. La masse droite est la plus volumineuse ; on la délimite assez bien par le palper et le toucher combinés.

La paroi abdominale est lâche et présente une légère éventration.

La malade a conservé un excellent appétit, n'a pas maigri. Rien à noter du côté des viscères.

Opération, le 7 *janvier*, pratiquée par le docteur Riche. — Hémisection de l'utérus et ablation facile des annexes. La trompe droite est volumineuse, de la grosseur d'une orange. La gauche est grosse comme une mandarine. Toutes les deux sont remplies d'un liquide de couleur chocolat, résultat probable de petites hémorragies qui se sont faites à leur intérieur. Elles sont hérissées de petites saillies charnues très nombreuses, dont quelques-unes se sont détachées de la paroi et présentent l'aspect de grains riziformes.

Les ovaires sont absolument sains.

L'appendice est enlevé et, après réfection du péritoine, le ventre refermé et drainé.

Les suites opératoires ont été excellentes et la malade est sortie de l'hôpital le 31 janvier 1905.

Examen histologique. — La trompe est remplie de végétations, qui partent de sa surface interne, en choux-fleurs; ces végétations sont tapissées par de grosses cellules épithéliales, disposées en plusieurs rangées. Ces cellules ont complètement perdu leur forme cylindrique ; elles sont allongées ou polygonales. Elles forment des séries, les unes au-dessus des autres, dont les plus superficielles sont volumineuses et possèdent plusieurs noyaux.

Il y a beaucoup de karyokinèses au milieu de ces cellules épithéliales, dont la multiplication est très active.

Le tissu conjonctif des végétations est vascularisé et infiltré de petites cellules rondes ou ovoïdes (leucocytes mononucléaires).

Au milieu de la trompe, entre les végétations épithéliales, il y a une accumulation d'éléments en dégénérescence, pour la plupart réduits à un noyau qui se colore mal. La paroi de la trompe est normale, avec ses faisceaux musculaires et du tissu conjonctif.

De la surface externe du canal tubaire, on voit partir une quantité de végétations, analogues à celles qui viennent d'être décrites dans l'intérieur. Ces végétations ont leur base celluleuse vascularisée dans la paroi externe de la trompe.

En dehors de ces pédicules des végétations, la surface de la trompe montre des cellules soit cubiques, soit un peu cylindriques, formant une ou deux couches.

Souvent, les hasards de la coupe montrent une de ces végétations coupée

en travers. On voit alors la partie centrale formée par du tissu conjonctif, des globules blancs mononucléaires et des vaisseaux; autour, irradient des cellules d'épithélium, les unes au-dessus des autres. Les plus rapprochées du tissu conjonctif sont allongées, puis viennent des cellules prismatiques, et enfin, à la surface de ces bourgeons, des cellules très volumineuses, à noyaux multiples.

Dans plusieurs préparations, on voit au milieu de ces amas d'épithélium de petits calculs calcaires. En suivant certains filaments fibreux vascularisés, partis de la paroi externe de la trompe, on voit à leur surface des cellules cylindriques ou cubiques muqueuses, et dont la plupart sont revêtues de cils vibratiles.

Avant 1895, les tumeurs épithéliomateuses primitives de la trompe étaient assez mal connues. A cette époque, Max Sänger et Barth en ont rapporté 17 cas, et depuis lors, Duret et Danel (1), Quénu et Longuet (2), Boursier et Venot (3), Bohuslas Novy (4) ont publié des observations intéressantes et des monographies fort étudiées.

C'est dire que l'épithélioma primitif des trompes est actuellement bien connu. Notre observation présente les particularités suivantes : début leucorrhéique et abondance des écoulements, absence des métrorrhagies et régularité parfaite des époques menstruelles en relation avec l'intégrité absolue des ovaires et de l'utérus ; conservation des forces et de l'état général.

Ce diagnostic clinique était assez difficile, car la lésion revêtait tous les caractères d'une salpingite bilatérale ; seuls la symptomatologie atypique et l'âge de la malade permettaient de penser à l'épithélioma tubaire.

Au point de vue histologique, la tumeur présentait le type d'un épithélioma métatypique. Notons ici que la paroi de la trompe est restée normale, et que le néoplasme ne s'est pas propagé à la couche musculaire.

---

(1) Duret, Épithélioma primitif de la trompe utérine. *Revue de Gynécol. et de Chir. abdomin.*, mars 1899, p. 213; Danel, *Essai sur les tumeurs malignes primitives de la trompe.* Thèse de Lille, 1899.

(2) Quénu et Longuet, Les tumeurs des trompes. *Revue de Chir.*, 1901.

(3) Boursier et Venot, Sur un cas de cancer primitif de la trompe utérine. *Revue de Gynéc. et de Chir. abdomin.*, 1901, p. 221.

(4) Bohuslas Novy, Ein Fall von primären Tubencarcinom. *Monatssch. f. Geb. und Gynæk.*, juin 1900, p. 1043.

REVUE ANALYTIQUE

CANCER DE L'UTÉRUS (SON TRAITEMENT CHIRURGICAL) (1

(*Suite.*)

Résultats anatomo-pathologiques et cliniques de l'ampliation, de l'élargissement, des actions chirurgicales contre le cancer de l'utérus (Pathologisch anatomische u. klinische Ergebnisse der erweiterten Operationen des Uteruskarzinoms). Baisch, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 17, p. 529.

L'opération abdominale Ries-Wertheim a procuré des matériaux nombreux et importants pour l'étude histologique des voies de propagation et des lois d'accroissement du cancer de l'utérus. Les cliniques de Wertheim (Kundrat) et de Rosthorn (Kermauner-Lancéris) ont apporté les notions les plus importantes relativement à la connaissance anatomique de l'extension du cancer du col, tandis qu'antérieurement Seelig avait fixé ces mêmes points pour le cancer du corps. *La différence capitale de ces deux formes est dans la participation du paramétrium, très tardive dans le cancer du corps, très précoce dans le cancer du col.*

De même, la question du *moment et de la fréquence des métastases ganglionnaires* ne pouvait être résolue qu'après une application plus fréquente des méthodes abdominales. Mes propres recherches à la clinique de Tubingue — 120 cas — ont montré que *dans le cancer du corps opérable les glandes lymphatiques régionales ne sont jamais affectées*, tandis qu'*elles le sont* 30 *fois p.* 100 *dans le cancer du col opérable*, constatation qui cadre avec les résultats de Wertheim, Bumm, etc., et qui est complétée par ceux de Schauta en ce qui concerne les cas inopérables, où ce pourcentage de la participation ganglionnaire s'élève à 64 p. 100.

L'extension du cancer suivant les voies lymphatiques et aux ganglions se fit en plusieurs cas de façon assez systématique : *les paramétriums étaient-ils encore indemnes, la participation ganglionnaire était faible*, 15 p. 100; la participation des paramétriums était-elle au contraire cliniquement constatable, l'extension aux ganglions était beaucoup plus fréquente, 50 p. 100. D'autre part, et *cette particularité a une portée pratique réelle*, dans les cas de cancer localement opérables, sauf de rares exceptions, seuls, les ganglions de la première étape sont affectés. Là où les ganglions de la deuxième étape étaient pris, en général, le cancer était localement inopérable.

(1) Voir *Annales de gyn. et d'obst.*, juin 1905, p. 388.

Singularise-t-on les *formes diverses du cancer* du col, on constate que dans les cancers du col proprement dit, qu'il s'agisse de cancer pavimenteux ou cylindrique, la dégénérescence cancéreuse des paramétriums est double, que l'atteinte ganglionnaire est triple de celle qu'on observe dans le cancer à épithélium pavimenteux de la portion vaginale du col de l'utérus.

Contre le cancer du col, d'après les recherches anatomiques faites sur les paramétriums, seules les méthodes de Wertheim et de Schuchardt sont convenables. A laquelle donner le choix, les résultats notés après cinq années le diront. En tout cas, *il n'est aucune raison à tirer des résultats obtenus contre la voie haute.* La méthode de Schuchardt avait donné à Schuchardt et à Schauta 12 p. 100 de *mortalité primaire*; à Tubingue, au début, cette mortalité primaire avait été de 16 p. 100; dans les 47 derniers cas, 7 p. 100, enfin dans les 25 derniers cas, 0 p. 100.

On peut, par une méthode convenable (Wertheim), écarter à coup sûr le danger de péritonite. D'autre part, au point de vue de la sécurité pour les uretères, la cæliotomie est préférable.

Les *résultats définitifs* (guérison) de Schuchardt atteignent 20 p. 100; ceux notés à la clinique de Tubingue, pour une guérison se maintenant déjà depuis deux années, s'élèvent à 44 p. 100.

Actuellement, il est impossible de dire s'il faut rapporter l'amélioration des résultats par l'emploi de la voie haute à l'extirpation des ganglions ou à l'exérèse étendue des paramétriums. Il convient de rappeler que de 8 malades opérées en 1902, avec extirpation des ganglions, 5 sont déjà frappées de récidive, que de 6 opérées en 1903, moitié ont subi pareille récidive.

Ce travail, communiqué à la *Société obstétricale et gynécologique du Wurtemberg*, février 1905, y fut le point de départ d'une intéressante discussion : Gutbrod constate d'abord avec satisfaction qu'aussi à la clinique de Tubingue on a renoncé à la recherche des ganglions, recherche plus apte à élever le taux de la mortalité primaire qu'à améliorer les résultats définitifs. Ce ne sont pas précisément les ganglions gros, infiltrés, qui hébergent les germes cancéreux; ceux-ci se rencontrent plutôt dans des ganglions assez élevés et ne présentant souvent aucun changement macroscopique. Qui, une fois, a eu l'occasion de voir l'opération de Mackenrodt, sera resté convaincu qu'*après un tel raclage pelvien il n'y a plus rien à voir dans le bassin, sauf la vessie et le rectum.* Les risques de nécrose par rapport aux uretères sont, on le sait, considérables.

Il est persuadé qu'*on arrivera à traiter tout cancer au début à la Wertheim*, parce qu'à son avis la plupart des cancers récidivent sur le moignon. Les statistiques qu'il a dressées de 1892 à 1895 ont donné — après 5 à 10 ans — avec une opérabilité de 50 p. 100, un pourcentage de guérison définitive de 39 p. 100, *résultat qui, sûrement, ne force pas à abandonner complètement la voie vaginale.* Si dans les années 1902 et 1903 on a élargi le cercle des indications et élevé l'opérabilité de 50 p. 100 à 64 p. 100, il ne semble pas que l'ensemble des résultats définitifs se soient améliorés de ce fait, car *les cancers qui ne peuvent être radicalement enlevés récidivent tôt.* Gutbrod ne saurait accepter le juge-

ment de Baisch sur la bénignité du cancer du corps de l'utérus. De 13 cancers du corps 5 ont récidivé, et dans 6 cas il fallut, après des années, opérer un cancer de l'ovaire. A son avis, il faut, dans le cancer de l'utérus, enlever les ovaires en même temps que la matrice. Ses observations, en ce qui concerne le cancer du corps, ne cadrent pas non plus avec cellesde Döderlein, qui accuse 100 p. 100 de guérisons définitives.

Döderlein note d'abord qu'il n'a pas renoncé à la recherche des ganglions, mais qu'il se borne à enlever les ganglions palpables à travers le péritoine. Il maintient sa déclaration antérieure que *les ganglions cancéreux se distinguent par leur grosseur et surtout par leur dureté*, sans toutefois prétendre que jamais des foyers cancéreux ne se rencontrent dans des ganglions petits. Il reconnaît d'autre part que des ganglions dégénérés peuvent rester inaperçus, circonstance contre laquelle ne sauraient d'ailleurs mettre sûrement en garde les dissections péritonéales les plus étendues, lesquelles, par contre, sont de nature à grossir de beaucoup les risques de l'opération. Aussi, estime-t-il qu'il n'y a pas lieu d'étendre à l'excès les limites des indications sous le point de vue spécial de l'extirpation des ganglions.

Mais il est loin de considérer comme tout à fait inutile l'extirpation des ganglions quelle qu'elle soit, et surtout d'y renoncer.

D'ailleurs, *l'heure n'est pas encore venue où l'on pourra déterminer nettement la valeur réelle des diverses opérations contre le cancer*, on est seulement en train de réunir les documents nécessaires à la solution de cette question.

En ce qui concerne les progrès faits sous le rapport de la mortalité primitive, *le fait que pour les* 25 *derniers cas, parmi lesquels il en était des plus graves, cette mortalité est tombée à* 0, est concluant.

R. L.

Cancer de l'utérus, traitement chirurgical. Résultats (Cancer of the Uterus, Surgical treatment. Results). Jacobs, *The British Gyn. J.*, mai 1905, p. 44 (1).

La communication de l'auteur a exclusivement trait au *cancer du col*. Les résultats fournis par l'utilisation de la voie haute pour l'hystérectomie et l'évidement pelvien sont plutôt mauvais ; « toutefois, ils ne doivent pas décourager ; il ne faut pas s'avouer vaincus dans la lutte contre le cancer, ni abandonner les interventions larges et étendues, etc. ». — « Je reste encore partisan d'une intervention aussi étendue que possible et commençant au point de développement du néoplasme ; car *j'ai la conviction que le cancer est une infection qui vient du dehors, et que les chances de supprimer le foyer d'infection sont d'autant plus grandes que l'intervention est plus précoce*, etc. »

(1) Voir *Annales de Gyn. et d'Obst.*, mars 1905, p. 186 : on y trouvera un exposé analytique des résultats tardifs, fort peu encourageants du reste, qu'a fournis l'exérèse génitale par voie abdominale et l'évidement pelvien : exposé qui permet de résumer beaucoup la communication actuelle.

CHARITÉ DE LYON, CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE, SERVICE DE M. LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

SUR UN CAS DE CANCER DU COL UTÉRIN CLINIQUEMENT OPÉRABLE AVEC GÉNÉRALISATION PÉRITONÉALE CONSTATÉE SEULEMENT A LA LAPAROTOMIE

Par MM. **VIOLET**, Moniteur de clinique gynécologique, et **ADLER**, Interne des hôpitaux.

La question du traitement du néoplasme utérin est de plus en plus à l'ordre du jour, et l'on discute toujours au sujet de la supériorité de la voie vaginale ou de la voie abdominale pour faire l'hystérectomie.

Voici, à ce sujet, une observation recueillie dans le service de M. le professeur A. Pollosson, qu'il nous a paru intéressant de publier au double point de vue de la constatation d'une généralisation néoplasique peu fréquente et de l'inopérabilité du mal, reconnue seulement après l'ouverture de l'abdomen :

Marie D....., âgée de 43 ans, habitant Bourgoin, entre le 6 mars 1905 à la Charité, dans le service de M. le professeur A. Pollosson, pour des métrorragies datant de 9 mois. On ne note rien de particulier du côté de ses antécédents héréditaires ; ses parents sont morts âgés de 70 et 65 ans. Rien du côté des collatéraux.

Elle-même n'a jamais été malade. Apparition des règles à 15 ans ; elles furent toujours régulières, normales.

Mariée à 21 ans, elle eut huit ans plus tard une fausse couche de 2 mois et demi sans accident consécutif. A 30 ans, premier accouchement d'un enfant mort pendant le travail, deux accouchements, à 32 et 33 ans, d'enfants actuellement en bonne santé. Enfin, à 34 ans, accouchement d'un enfant qui mourut à 6 mois de méningite.

Ces 4 accouchements se sont faits sans peine, sans emploi du forceps, et la malade s'est toujours rapidement relevée de ses couches.

Depuis environ 9 mois les règles ont augmenté d'importance. Elles ont commencé par être plus abondantes, puis la malade a vu des métrorragies survenir 2 fois par mois ; enfin depuis 2 mois environ elles sont devenues beaucoup plus fréquentes. Pertes à l'occasion du coït et au moment de chaque défécation.

Pertes blanches ayant toujours existé, suivant les dires de la malade, mais étant devenues beaucoup plus abondantes et ayant pris une odeur fétide depuis plusieurs mois. La malade déclare elle-même n'avoir jamais été bien soigneuse de sa personne.

ganglions cancéreux présentent des formations pseudo-glandulaires plus ou moins ramifiées, parfois avec une lumière nette, presque cystique, et tapissée par un épithélium cylindrique (lésions siégeant à la périphérie, au voisinage de la capsule). *La différence entre les lésions des ganglions lymphatiques et les lésions du cancer primitif provient du fait que l'évolution vers le cancer n'est pas complète, qu'il est des stades intermédiaires, mais qui finalement aboutissent à la lésion cancéreuse typique.* Là gît la raison du désaccord sur la fréquence de l'envahissement des ganglions, etc.

A un point de vue pratique, il faut noter que *les masses lymphatiques sont le plus fréquemment rencontrées quand le paramétrium est envahi.* Lorsque l'utérus est mobile, les ganglions sont petits, durs et encore quelquefois très adhérents aux tissus voisins. L'étude de la propagation du cancer aux vaisseaux lymphatiques et aux ganglions, son extension aux ganglions plus éloignés doit nous persuader que le terme *récidive*, si usité, est, en fait, un *non-sens.*

Le cancer ne récidive pas; il progresse et continue d'envahir, s'il n'est pas complètement enlevé. *Les résultats chirurgicaux actuels semblent établir que l'exérèse totale est impossible ou bien que nos opérations sont imparfaites.* La récidive après l'hystérectomie abdominale ou vaginale est presque toujours dans la cicatrice vaginale. Certes, nous enlevons toujours un large anneau du tissu vaginal, incisant dans ce que nous croyons être du tissu normal, mais, en réalité, cette excision est faite à l'aventure et reste nécessairement insuffisante si elle tombe sur des éléments anatomiques envahis par la maladie. Souvent, nous voyons des récidives soit dans les ganglions lymphatiques seulement, soit dans la paroi vaginale. En pratiquant des laparotomies secondaires tardives, nous constatons toujours, même quand la cicatrice vaginale est indemne, qu'il y a de gros ganglions pelviens qui ont produit des adhérences intestinales et des métastases lymphatiques éloignées. De nos observations, nous concluons que *le cancer du col est au début une infection locale développée dans un point* minoris resistentiæ *et se propageant par les voies lymphatiques.*

Ces faits semblent fortifier les théories nouvelles de Doyen (1).

Ici l'auteur relate quelques observations dans lesquelles il a pu employer le traitement de Doyen, mais en faisant remarquer que le petit nombre des faits, aussi bien que leur date récente, excluent tout jugement hâtif sur l'efficacité curative ou non de la méthode.

Cette communication fut, à la *Société gynécologique anglaise*, le point de départ d'une *discussion.* TAYLOR retient comme très digne d'attention le fait, mis formellement en évidence par les préparations histologiques, qu'on peut trouver des noyaux cancéreux dans le corps, au fond de l'utérus, très loin du foyer pri-

(1) L'auteur fait un exposé des idées de Doyen et de ses tentatives séro-thérapeutiques, des expériences et des observations qu'il a faites lui-même sur ce sujet. L'enquête, faite par la Société de chirurgie et publiée dans la séance du 12 juillet dernier, a montré que la valeur thérapeutique du sérum Doyen était nulle et que les premières publications faites avaient été trop hâtives.

mitif du néoplasme (1). La démonstration reste à faire de l'utilité des opérations étendues. En tout cas, nombre de chirurgiens proclament qu'*il n'est d'opérations utiles que celles qui sont précoces*. En ce qui concerne les théories et le traitement de Doyen, seul le temps permettra de les mesurer à leur juste valeur.

Jesset a opéré un peu plus de 180 cas, qui peuvent être rangés en 3 groupes : 1° maladie limitée à l'orifice externe ; 2° maladie ayant débuté dans la cavité cervicale et étendue à l'orifice ou aux tissus environnants ; 3° maladie limitée au fond de l'utérus.

Sur ces 180 cas, 10 morts primaires, soit 5,5 p. 100 ; sur les 80 derniers cas, 1 seule mort opératoire (meilleure technique, sélection plus avisée des cas).

Récidive : 35 p. 100 *morts* dans l'année après l'opération.
— 23 p. 100 — de deux à quatre ans après l'opération.
Non récidive: 8 p. 100 vivent sans récidive depuis 5 à 13 ans.
— 8,3 p. 100 — — depuis 2 à 5 ans.

On a appris que 3 des femmes opérées avaient succombé à d'autres maladies et n'avaient pas eu de récidives ; enfin 20 p. 100 furent perdues de vue.

Ces chiffres, bien que peu brillants, permettent cependant d'engager vivement les femmes atteintes de cancer à se faire opérer. L'expérience montre que la plus haute proportion du succès correspond aux cas où la maladie est limitée à l'orifice de l'utérus, puis à ceux où elle s'est cantonnée au fond de la matrice. Les vraies difficultés alors sont dans le diagnostic précoce. Le cas le plus défavorable est celui où la maladie a débuté dans la cavité cervicale et s'est étendue en bas vers l'orifice externe du col ; d'ordinaire, en effet, la dégénérescence cancéreuse n'est ici reconnue que lorsque cet orifice externe est déjà atteint ou, dans l'intervalle, le processus s'est propagé sur les côtés, et les ganglions se sont pris. En ces conditions, il est douteux qu'une intervention ait quelque utilité, il faut s'attendre à une récidive précoce. *Mode d'intervention* : 1° amputation supra-vaginale ; 2° hystérectomie vaginale ; 3° hystérectomie totale par la voie haute. — « *Personnellement*, dit Jesset, je préfère la voie vaginale, parce qu'elle produit un shock opératoire faible et que le chirurgien est en aussi bonne condition, sinon en meilleure, par cette voie que par la voie haute, pour examiner les annexes ; le seul argument en faveur de la voie abdominale, c'est qu'elle permet d'enlever plus largement l'utérus et les tissus périutérins, et d'extirper les ganglions lorsqu'on les trouve hypertrophiés. Cela peut être aussi bien effectué au moyen de l'opération vagino-latéro-périnéale de Schuchardt ou de l'opération modifiée de Ruggi, mais « *mon expérience m'autorise à dire que si les ganglions sont pris, la malade est sûrement menacée d'une récidive rapide, quelle que soit la voie choisie !* »

« Le mot d'ordre doit être *diagnostic précoce*, et dans les cas où plane quel-

(1) *Un second mode d'extension larvée du cancer est la formation dans le corps de noyaux métastatiques isolés avec un petit cancer du col.* Pozzi, *Traité de gynécologie*, 1890, p. 390

que doute sur la vraie nature de la maladie, j'enlèverai l'utérus : mieux vaut agir ainsi que si longuement temporiser qu'il soit ensuite *trop tard.* » WILSON (TH.) : Une enquête prolongée dans la littérature médicale allemande, anglaise et américaine a permis de dégager comme *moyenne de guérisons après* 5 *ans avec les opérations vaginales* 33 p. 100 et pour le cancer du corps 66 p. 100 après le même temps. Mais, à ce dernier point de vue, son expérience est moins favorable. D'autre part, *il estime que* les résultats des opérations abdominales étendues ne sont pas bons, que sûrement ils ne sont pas meilleurs que ceux de l'opération vaginale. Mc CANN n'est pas partisan des opérations abdominales étendues, effets d'un parallèle inexact entre les indications dans le cancer du sein et les indications dans le cancer de l'utérus. Il estime que l'amputation sus-vaginale du col détient une place dans le traitement du cancer de l'utérus. Les cas justiciables de l'amputation sus-vaginale sont les néoplasmes papillomateux ou polypoïdes de la portion vaginale ; les autres doivent être traités par l'hystérectomie : *dans les cas de cancer du col*, par l'hystérectomie vaginale, qui permet, à son avis, une plus large ablation du mal.

D'autre part, l'expérience acquise avec les larges opérations a montré qu'il importait de pratiquer une exérèse plus grande du vagin ; aussi, depuis un certain temps, a-t-il continué d'enlever avec le col une portion considérable des parois antérieure et postérieure du vagin. Quant au *cancer du corps de l'utérus*, il estime qu'on peut le traiter encore par la voie vaginale, sauf volume trop considérable de l'organe qui exige l'opération abdominale.

En ce qui concerne les *ganglions*, il tient pour très difficile de reconnaître s'ils sont simplement le siège de phénomènes inflammatoires ou s'ils sont en état de dégénérescence cancéreuse. HELME (A.) : Bien qu'une femme qu'il avait opérée par la voie vaginale vive encore après 14 années et sans récidive, il reconnaît que d'ordinaire la récidive se montre dans les deux ans. Si assuré qu'il soit que l'hystérectomie abdominale ne comporte pas plus de dangers que l'opération vaginale, il réserve cependant la voie haute pour des cas particulièrement sélectionnés. GILLES (A.) conclut qu'en raison des résultats présentés, nombre de chirurgiens, pour le moment, resteront fidèles à la voie vaginale, en dépit de leur sentiment que l'opération abdominale est plus près de l'idéal. MARTIN (C.) confesse que la méthode vaginale ne lui a donné que de très médiocres résultats : sur 10 opérées, 9 récidives dans les 2 premières années ; pourtant, à cause de ce qu'il vient d'apprendre sur les résultats des opérations abdominales, il ne se sent aucunement engagé à tenter de la voie haute, qui lui paraît chargée d'une mortalité opératoire plus élevée. PURCELL eu à intervenir dans 265 cas de cancer. Sur les 15 premières hystérectomies vaginales, *pas une mort opératoire.* Mais sur les 50 suivantes, 18 p. 100. D'année en année ensuite, cette mortalité primaire s'abaissa : les 50 cas suivants, mort primaire, 14 p. 100 ; les 50 autres, 8 p. 100 ; puis de 1899 à 1902, 50 autres cas avec mort primaire, 4 p. 100 ; pour les 4 ou 5 dernières années, 12 p. 100. Il a enregistré plusieurs morts par récidive dans les 6 premiers mois. Des 240 femmes ayant survécu à l'opération, 41 moururent dans l'année de réci-

CHARITÉ DE LYON, CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE, SERVICE DE M. LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

SUR UN CAS DE CANCER DU COL UTÉRIN CLINIQUEMENT OPÉRABLE AVEC GÉNÉRALISATION PÉRITONÉALE CONSTATÉE SEULEMENT A LA LAPAROTOMIE

Par MM. **VIOLET**, Moniteur de clinique gynécologique, et **ADLER**, Interne des hôpitaux.

La question du traitement du néoplasme utérin est de plus en plus à l'ordre du jour, et l'on discute toujours au sujet de la supériorité de la voie vaginale ou de la voie abdominale pour faire l'hystérectomie.

Voici, à ce sujet, une observation recueillie dans le service de M. le professeur A. Pollosson, qu'il nous a paru intéressant de publier au double point de vue de la constatation d'une généralisation néoplasique peu fréquente et de l'inopérabilité du mal, reconnue seulement après l'ouverture de l'abdomen :

Marie D....., âgée de 43 ans, habitant Bourgoin, entre le 6 mars 1905 à la Charité, dans le service de M. le professeur A. Pollosson, pour des métrorragies datant de 9 mois. On ne note rien de particulier du côté de ses antécédents héréditaires ; ses parents sont morts âgés de 70 et 65 ans. Rien du côté des collatéraux.

Elle-même n'a jamais été malade. Apparition des règles à 15 ans ; elles furent toujours régulières, normales.

Mariée à 21 ans, elle eut huit ans plus tard une fausse couche de 2 mois et demi sans accident consécutif. A 30 ans, premier accouchement d'un enfant mort pendant le travail, deux accouchements, à 32 et 33 ans, d'enfants actuellement en bonne santé. Enfin, à 34 ans, accouchement d'un enfant qui mourut à 6 mois de méningite.

Ces 4 accouchements se sont faits sans peine, sans emploi du forceps, et la malade s'est toujours rapidement relevée de ses couches.

Depuis environ 9 mois les règles ont augmenté d'importance. Elles ont commencé par être plus abondantes, puis la malade a vu des métrorragies survenir 2 fois par mois ; enfin depuis 2 mois environ elles sont devenues beaucoup plus fréquentes. Pertes à l'occasion du coït et au moment de chaque défécation.

Pertes blanches ayant toujours existé, suivant les dires de la malade, mais étant devenues beaucoup plus abondantes et ayant pris une odeur fétide depuis plusieurs mois. La malade déclare elle-même n'avoir jamais été bien soigneuse de sa personne.

tique pelvi-génital, à l'occasion de laquelle l'auteur rappelle la part prépondérante prise, dans cette question, par les anatomistes français (Cruveilhier, Sappey, Championnière, Poirier). Il se pose ensuite successivement les questions suivantes: *a*) *est-il possible d'enlever les ganglions régionaux?* résolue affirmativement pour les ganglions de la première étape ; *b*) *cette extirpation des ganglions est-elle, en fait, utile?* cette deuxième question comportant la solution de la suivante ; *c*) *mode d'extension du cancer de l'utérus dans* le *paramétrium, et suivant les voies lymphatiques* ; se propage-t-il par continuité ou par bonds, celle-ci exigeant une distinction entre le *cancer du corps* (1) et le *cancer du col?* Vient ensuite la discussion circonstanciée des points suivants : *a'*) participation des paramétriums ; *b'*) propagation suivant les voies lymphatiques ; *c'*) fréquence du retentissement ganglionnaire dans le cancer du col opérable ; *d'*) discussion de la *légende* que les ganglions sont en certains cas capables de tuer les germes cancéreux ; *e'*) rapports de l'atteinte des paramétriums et du retentissement ganglionnaire ; *f'*) importance au point de vue opératoire de la variété de cancer et même de l'état général de la malade ; *g'*) *quels ganglions se prennent dans le cancer utérin et suivant quel ordre* ; à quel moment se prennent-ils, tôt ou tard ? *h'*) localisation des métastases ganglionnaires, telles qu'ont permis de les déterminer sur le vivant les opérations abdominales (*des constatations sur le vivant comme des recherches sur le cadavre, il ressort que les métastases ganglionnaires s'accomplissent suivant un processus anatomo-physiologique régulier, qu'il s'agit d'un processus méthodique, progressif, et non d'une extension par bonds*) ; *i'*) enfin, *la recherche des ganglions est-elle une entreprise rationnelle ou non* ? Ainsi qu'il a été noté plus haut, pour solutionner ces questions connexes et intéressantes, l'auteur a utilisé un ensemble très important de recherches et d'observations personnelles, la plupart des meilleurs travaux parus sur les mêmes questions et ayant fait en quelque sorte époque (Ries, Wertheim, Schauta, Seelig, Cullen, Williams, Fritsch, Landau, Kundrat, Laméris-Kermauner, Oehlecker, Winter, Pfannenstiel, Mackenrodt, etc. (2).

La recherche des ganglions est-elle ou non une entreprise rationnelle ? Les résultats obtenus permettent, à l'heure actuelle, de répondre affirmativement. Condamner la recherche des ganglions comme irrationnelle, les communications de Schauta ne sauraient y suffire. Mais, *au point de vue pratique, cette recherche se montre-t-elle utile?* En fait, permet-elle d'élever le chiffre des guérisons absolues ?

Ici, deux raisons bien de nature à ramener les espoirs portés trop haut dès le principe.

1° Wertheim a, dans presque tous les cas où les ganglions furent enlevés, constaté des récidives.

De 8 de nos opérées en 1902 avec extirpation des ganglions et renvoyées guéries, 3 vivent encore, indemnes de récidives. De 6 opérées en 1903 et

(1) A propos du *cancer du corps* est rappelée sa coïncidence relativement fréquente avec le *cancer de l'ovaire*, coexistence qui s'explique par une communauté des voies lymphatiques des deux organes.

(2) Travaux qui, pour la plupart, ont été résumés dans nos *Annales*.

renvoyées guéries, 3 étaient encore sans récidives. Ces malades d'ailleurs n'auraient pas pu être opérées par la voie basse.

2° La seconde raison, qui explique en partie ces récidives, c'est *l'impossibilité de découvrir*, dans tous les cas, *toutes les glandes malades* (à l'appui d'observations personnelles et de Herff).

« Mais il serait injuste, continue Baisch, d'utiliser ces faits et d'autres semblables contre la recherche des ganglions et contre la méthode abdominale, comme d'ailleurs de les exploiter en faveur d'une exérèse encore plus large de l'appareil lymphatique :

« Outre la possibilité de l'extirpation des ganglions, la voie haute a toujours l'avantage d'une protection plus grande de l'uretère dans l'exérèse large du tissu paramétrique, et de manœuvres plus aisées quand il faut procéder à des résections (Chrobak, Herzfeld). D'autre part, de l'aveu de Schauta, la perte de sang est considérable avec la méthode de Schuchard, elle est médiocre au contraire avec la cæliotomie.

« Eu égard à l'uretère, Olshausen préfère aussi, dans les cas appropriés, la méthode abdominale à la vaginale. V. Herff, qui s'est servi des deux méthodes, déclare que l'uretère ne se laisse *par le vagin* qu'exceptionnellement dégager des végétations néoplasiques, jamais des couennes et membranes connectives;

« Sur 121 cas d'extirpation totale par le vagin, Schauta a eu 10 p. 100 de lésions de la vessie et de l'uretère ; en outre, sur les 90 derniers cas, deux fois de semblables lésions avec des paramétriums sains.

« *Quelle méthode garantit le plus contre les lésions secondaires?* Il convient, ici, de distinguer entre : *a*) lésions involontaires au cours de l'opération ; *b*) sections voulues de l'uretère et résections de la vessie avec le but de l'extirpation radicale du cancer, et *c*) nécroses consécutives de l'uretère ou de la vessie par amincissement de la paroi dans la libération, le dégagement de ces organes au cas d'un cancer avancé ou par suppression des sources voisines de nutrition. Jugeant de ce point de vue, il conviendrait de défalquer 7 cas de Schauta, dans lesquels on réséqua de parti pris la vessie ou l'uretère ou dans lesquels survinrent des nécroses tardives, ce qui réduit à 4 p. 100 le pourcentage des lésions (voie *basse*). »

Or, pour nous, dans les 125 cas d'opérations radicales (voie *haute*), il n'y eut que *deux fois* des *lésions secondaires involontaires*, 1,6 p. 100 ; 5 fois on avait procédé de *parti pris* à des lésions de la vessie ou de l'urètre.

R. I.

BIBLIOGRAPHIE

CONSTANTIN DANIEL. — **Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale dans les lésions bilatérales des annexes.** (Thèse de Paris, 31 mai 1905). G. Steinheil, éditeur.

Dominé par cette notion, que, suivant leur volume, leur topographie, leurs connexions avec les organes voisins, les lésions annexielles bilatérales nécessitent des procédés d'attaque variables, l'auteur — après avoir exposé la valeur comparative de l'hystérectomie totale et sus-vaginale — fait l'étude critique des principaux procédés d'hystérectomie abdominale.

Son travail est divisé en quatre chapitres. Le premier traite les indications, les contre-indications et le parallèle entre l'hystérectomie totale et sus-vaginale. L'extirpation de l'utérus trouve deux grandes indications dans la castration bilatérale : *a*) facilité opératoire ; *b*) suppression de l'utérus malade. On doit enlever l'utérus : 1° parce qu'au point de vue pathologique, resté seul, il devient un organe inutile et nuisible ; parce qu'infecté ou malade il peut dégénérer (dégénérescence secondaire, pluralité des néoplasmes) ou constituer un foyer qui cause des troubles nécessitant quelquefois une intervention secondaire, comme l'ont montré, dès 1896, les observations contenues dans la thèse d'Audiau, élève de Hartmann ; 2° au point de vue technique, M. Daniel admet qu'il est plus facile de décortiquer les annexes en enlevant d'abord l'utérus. ce qui est contestable.

Néanmoins, il existe quelques rares contre-indications à l'hystérectomie au cours de l'ablation bilatérale des annexes. C'est lorsqu'il s'ag it de néoplasme annexiels malins (papillomes, sarcomes, cancers, etc.), avec adhérences spécifiques et généralisation ; de même lorsque les masses inflammatoires ou néoplasiques des annexes coïncident avec une tumeur utérine dégénérée. Enfin, l'hystérectomie sera contre-indiquée dans les tuberculoses génitales avec tuberculose péritonéale, ainsi que dans les lésions bilatérales aiguës en pleine évolution.

Du parallèle entre les deux modes d'hystérectomie, totale et partielle, il ressort la supériorité incontestable de l'hystérectomie sus-vaginale. C'est la méthode de choix. Elle est plus rapide, plus facile, moins hémorragique, plus facilement aseptique et par suite plus bénigne que la totale. Toutefois, M. Daniel précise quels sont les cas où la subtotale doit céder le pas à la totale. C'est : 1° lorsqu'il y a nécessité d'assurer un drainage déclive large en cas de grosses suppurations pelviennes, ouvertes au cours de l'opération ; 2° dans le cas de dénudation large du rectum ; 3° lorsqu'il y a coexistence avec fibromes du col ; 4° lorsque les lésions annexielles coïncident avec un cancer utérin ; 5° dans

tous les cas où les altérations annexielles sont associées à des lésions cervicales chroniques ; 6° lorsqu'il y a des lésions néoplasiques des annexes avec ou sans néoplasme utérin. L'auteur ouvre, en outre, une large parenthèse à la question de l'hystérectomie totale dans les utérus fibromateux, question soulevée récemment par Richelot.

Dans un deuxième chapitre, il traite de la valeur comparative des différentes méthodes d'hystérectomie abdominale, et, en s'inspirant de l'enseignement de son maître J.-L. Faure, il essaie de préciser le choix du procédé dans chaque cas en particulier. L'hystérectomie pour lésions annexielles se fait par de nombreux procédés qui ont, suivant les cas devant lesquels on se trouve, une inégale valeur. Dans les cas très simples, toutes les techniques sont bonnes; mais pour peu que ces cas se compliquent, pour peu que les annexes soient volumineuses et adhérentes aux parties voisines, la différence entre les divers procédés s'accuse à tel point que l'opération, qui semble difficile et presque impraticable pour certains d'entre eux, devient possible et presque facile pour d'autres si l'on sait choisir le meilleur procédé.

Le troisième chapitre est réservé exclusivement à des détails de technique. Après avoir étudié le manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale en général et les soins consécutifs, M. Daniel décrit les quatre grands procédés d'hystérectomie que tout opérateur doit avoir à sa disposition lorsqu'il aura à pratiquer l'extirpation bilatérale des annexes. C'est : 1° l'hystérectomie par ablation première de l'utérus (Pozzi, Terrier) ; 2° l'hystérectomie par section continue transverse (Kelly) ; 3° l'hystérectomie par l'hémisection utérine (J.-L. Faure) et l'hystérectomie par décollation (J.-L. Faure). Ces procédés peuvent être modifiés ou combinés suivant les indications.

A ces procédés décrits par M. Daniel nous ajouterons celui qui est peut-être le plus communément employé et que nous avons été étonné de ne pas trouver dans la thèse de M. Daniel : Libération et relèvement des annexes, ligature des utéro-ovariennes, des ligaments ronds, section du péritoine pré-utérin, refoulement de son feuillet antérieur, ligature des utérines, en dernier lieu section puis évidement du col utérin. C'est le procédé qui actuellement semble avoir donné les meilleurs résultats, comme le montrent les 294 opérations consécutives publiées par Hartmann dans le dernier numéro des *Annales*.

Un quatrième et dernier chapitre est consacré aux résultats de l'hystérectomie sus-vaginale, avec quelques statistiques à l'appui.

Traité de gynécologie clinique et opératoire, par S. Pozzi, t. I, 4e édition. Masson, 1905.

Voici la 4e édition du livre désormais classique du professeur Pozzi : l'ouvrage, qui formait dans les premières éditions un gros volume peu maniable, a été heureusement dédoublé ; nous ne possédons encore que le premier volume ; le second ne tardera pas à paraître. A en juger par les profondes modifications que l'on trouve déjà dans le premier volume, cette nouvelle édition peut être con-

sidérée comme un nouvel ouvrage. L'anatomie pathologique a été l'objet d'un soin tout particulier de la part des auteurs, et les excellentes coupes de M. Bender, heureusement reproduites, ajoutent une valeur considérable à ce volume. Nous sommes certain que le succès de cette quatrième édition auprès du public médical sera au moins l'égal de celui des éditions antérieures.

P. Lecène.

Ginecologia, par A. Fargas, Barcelone, t. II, 1905.

La première partie du tome II du *Traité de Gynécologie* de Fargas contient une description des maladies de l'utérus. Les métrites du col et du corps, les anomalies congénitales de l'utérus, les atrésies du col, les hypertrophies du col et du corps, l'atrophie de l'utérus, ses déviations (flexions et versions), les prolapsus génitaux, l'inversion, les myomes, le cancer, le sarcome, le déciduome malin sont successivement étudiés. Bien édité, illustré de 213 dessins et de planches hors texte, ce travail fait le plus grand honneur à notre confrère espagnol ; nous sommes heureux de dire tout le bien que nous pensons de ce traité, dont nous espérons voir rapidement paraître la dernière partie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Basso. Studio sperimentale sulla genesi e sul modo di propagazione della tuberculosi negli organi genitali della. donna. *Annali di Ost. e Ginec.*, mars 1905, p. 277.— **Emanuel.** Ueber Chorioepitheliom. Wucherungen in Hodenteratomen. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1905, p. 602. — **Gray Ward.** Common Causes of gynecological disease with some Remarks on prophylaxis. *Medical News*, New-York, 13 mai 1905, p. 876. — **Grosse.** Schutzmittel gegen Geschlechtskrank. *Munch. med. Woch.*, 23 mai 1905. — **Koblanck.** Hydrotherapie und funktionnelle Storüngen der weiblichen Genitalorgane. *Berl. klin. Wochensch.*, 1905, n° 17, p. 493. — **Langenhagen.** Du spasme utérin. *Bull. Soc. Internat.*, 25 mai 1905, p. 114. — **Miller.** A Case of menstrual Urticaria. *Medical Record*, New-York, 13 mai, p. 738. — **Pichevin.** Des applications de glace dans le traitement des affections des femmes. *La Semaine gynécologique*, Paris, 4 avril 1905, p. 105.— **Rissmann.** Die Methoden zur Herbeifuhrung der weiblichen Sterilitat. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 23, p. 716. — **Schmidt.** Modern Methods of Treatment in Obstetrics a. Gynecology. *Med. Record*, avril 1905, p. 570.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHESIE. — **Chartier.** Contre-indications des pessaires. *J. de gynécologie*, avril 1905, p. 118. — **Doléris** et **Chartier.** La rachistovaïnisation en gynécologie. *L'Obstétrique*, février 1905. — **Webster, Rosnow.** Hand Sterilization by oil of Cloves. *Am. J. Obst*, avril 1905, p. 433, 440.

VULVE ET VAGIN. — **Doléris.** De la bartholinite et de son traitement. *La Gynécologie*, février 1905, p. 1. — **Marie.** Chorio-épithéliome primitif du vagin. *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris, janvier 1905, p. 13. — **Perrin.** Trait. des local. les plus fréquentes de la blennorrhagie chez la femme. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 mai 1905. — **Schmidlechner.** Falle von Scheidenkrebs. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXV, Hft. 2, p. 300. — **Schumann.** Secondary metastatic Implantation of Carcinoma in the vagina. *Am. J Obst.*, mai 1905, p. 644.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Batigne.** La suture des releveurs dans les prolapsus génitaux. *La Gynécologie*, avril 1905, p. 134. — **Beyea.** The Technique of Operations of the Ventrosuspension of the Uterus. *Am. J. Obst.*, avril 1905, p. 462. — **Birnbaum.** Kenntnis der Hernia uteri inguinalis und der hist. Veranderungen verlagerter Ovarien. *Berlin. klin. Woch.*, 22 mai 1905. — **Fuchs.** Zur Alexander-Adams'chen Operation. *Zentralblatt für Gynæk.*, 20 mai 1905.— **Holden.** The Results of Ventral Suspension of the Uterus at the Johns Hopkins Hospital. *Am. J. Obst.*, avril 1905, p. 469. — **Morisani.** Gastroisteropessia mediante fissazione. *Archivio di Ost. e. Ginec.*, mars 1905, p. 153. — **Nagel.** Die Lappenbildung bei completer Ruptur, besonders die Lawson Tait'sche Methode. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXV, Hft. 2, p. 234.— **Smith (M.-A.).** Cesarean Section following ventral Fixation. *Am. J. Obst.*, avril 1905, p. 477. — **Sturmdorf.** Perineum, Perineorrhaphy and Prolapse. *Med. Record*, avril 1905, p. 485. — **Tweedy.** Curative operation for Procidentia uteri. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, mai 1905, p. 349. — **Weindler.** Ueber Dauererfolge nach Ventrofixatio uteri. *Mon. für Geb. u. Gyn.*, juin 1905, p. 753. — **Wiggin.** Treatment of Complete Uterine a. Vaginal Prolapse. *The Lancet*, mai 1905, p. 1282.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Cleveland.** Malignant Disease of the Fundus Uteri treated by Rays X through the abdominal Wall ; Recovery. *British med. J.*, avril 1905, p. 925. — **Dalché,** Métrorragie, sclérose utérine, ménopause. *Gaz. des hôpitaux*, mai 1905, p. 603. — **Dalché.** Métrorragies et salpingites syphilitiques. *Gaz.*

des hôpitaux, juin 1905, p. 795. — **Doléris**. L'atrésie cervicale après les cautérisations. *La Gynécologie*, avril 1905, p. 97. — **Hessert**. Accidental Perforation of the Uterus during Curettage. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 26. — **Horrocks**. On a case of Concealed Menstruation with Remarks on Treatment. *The Lancet*, mai 1905, p. 1247. — **Marocco**. Contributo alla cura delle forme chroniche dell' utero. *Archivio italiano di Ginec.*, 1905, n° 3, p. 124. — **Mellisch**. Physometra, pyometra, hematometra. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 60. — **Metzger**. Ueber menstruellen Uterus. *Munch. mediz. Wochensch.*, juin 1905 p. 1145. — **Richelot**. Sur le traitement de la métrite cervicale. *La Gynécologie*, février 1905, p. 35. — **Schaeffer**. Therapie bestimmter der Behandlung schwer zugänglicher Endometritis Formen. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1905, p. 741. — **Schiller**. The yeast Treatment of acute a. chronic vaginitis a. endocervicitis. *Am. J. Obst.*, mai 1905, p. 635. — **Soli** (**T.**). — Globuli rossi immaturi nel sangue in rapporte alle menstruazione. *Annali di Ost. e Ginec.*, mars 1905, p. 301.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Baisch**. Der Werth der Drüsenausraünung bei der Operation des Uteruscarcinom. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXV, Hft. 2, p. 273. — **Bonachi**. Fibro-sarcome de l'utérus et grossesse. Prolapsus du vagin. *Bull. Soc. chir. Bucarest*, 17 nov. 1904, p. 68. — **Buffet** et **Nicau**. Fibrome utérin calcifié chez une femme de 60 ans. *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris, janvier 1905, p. 36. — **Condamin**. Cancer du col et grossesse. Indications et contre-indications de l'hystérectomie vaginale. Critique de la césarienne vaginale. *La Semaine gynéc.*, juin 1905, p. 177. — **Durante** et **Picqué**, Épithélioma ectoplacentaire ou déciduome malin. *La Gynécologie*, février 1905, p. 17. — **Goffe**, The Technic of abominal a. vaginal operation for the relief of fibromyoma. Tumors of the Uterus. *Am. J. Obst.*, mai 1905, p. 577. — **Grad**. Sarcoma of the Uterus with Remarks on Radiotherapy. *Am. J. Obst.*, mai 1905, p. 599. — **Haultain**. A Clinical a. Pathological Analysis of a Succesive Series of 120 Abdominal Hysterectomies for Fibromyoma. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, avril 1905, p. 237. — **Hunter Robb**. The Early diagnosis of Cancer of the Fundus. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 92.— **Jonnesco**. Castration abd. totale pour cancer du col utérin. *Bull. Soc. chirurgie Bucarest*, déc. 1904, p. 72. — **Lampe**. Beitrag zur abd. Radikaloperation des carcinomatösen Uterus. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1905, p. 649.— **Le Filliâtre**. Fibromyome de l'utérus avec troubles vésicaux. Hystérectomie subtotale. Guérison. *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris, janvier 1905, p. 41. — **Marse**. Fibroids tumors a. pregnancy. *Am. J. Obst.*, 1905, n° 2, p. 217.— **Nicou**. Masse fibromateuse utérine sphacélée enlevée par morcellement vaginal. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, janvier 1905, p. 77. — **Parsons**. The Choice of Treatment for fibromyoma of the Uterus. *The British Gyn. J.*, mai 1905, p. 27. — **Pichevin**. Cancer de l'Utérus. Hystérectomie vaginale. *Sem. Gyn.*, 13 juin 1905, p. 185. — **Piquand**. Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. *La Tribune méd.*, avril 1905, p. 213. — **Piquand**. Le sarcome de l'utérus. Étiologie. Anatomie pathologique du sarcome du corps. *Rev. de Gyn. et de Chir. abdomin.*, 1905, n° 3, p. 387. — **Sorel**. Hyst. abdom. totale dans le traitement des suppur. pelviennes chroniques. *Arch. prov. de chir.*, 1905, pp. 236, 318. — **Stoffel**. Untersuchungs Ergebnis einer Frühstadium von Blasenmole. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1905, p. 583. — **Targett**. Abdominal Hysterectomy for severe concealed Accidental Hœmorrhage. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, mai 1905, p. 344. — **Thring**. Carcinoma of the Uterus and its surgical Treatment. *The Lancet*, mai 1905, p. 1264. — **Witte**. Farad. Behandlung der fibromyome des Uterus. *Deuts. med. Woch.*, 18 mai 1905.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS ; DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Cotte**. Abcès de la cavité de Retzius. *Gaz. des hôpitaux*, avril 1905, p. 579. — **A Maria Cospéial Touré**. *Consideraciones acerca de las salpingites supuradas quisticas*, Madrid, 1905. — **Daniel**. Petits kystes hémorragiques de l'ovaire. *Revue de Gyn.*, 10 avril 1905, p. 195. — **Ferroni**. Nuovo Contributo allo studio della mola ematomatosa tubarica. *Annali di Ost. e Ginec.*, avril 1905, p. 333. — **Grad**. Inflammatory Disease of the Uterine Adnexa and its Treament. *Med. Record*, juin 1905, p. 841. — **Kanavel**. Uncomplicated Varicose Veins of the Female Pelvis. *Am. J. Obst.*, avril 1905, p. 480.— **Keenan**. Surgical treatment of purulent Salpingitis. *Brooklyn med. Journal*, juin 1905, p. 239. — **Lea**. Remarks on Tubercular Disease of the Fallopian Tube, with Analysis of eight Cases. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, avril 1905, p. 252. — **Lenormand** et **P. Lecène**. Péritonites à pneumocoques. *Revue de gyn.*, 10 avril 1905. — **Mauclaire**. Pelvi-péritonite gonococcique aiguë chez une jeune fille. Guérison sans intervention. *La Tribune méd.*, juin 1905, p. 343. — **Pichevin**. Le traitement chirurgical des inflammations péri-utérines. *La Semaine gynéc.*, mai 1905, p. 160. — **Pichevin**. Ablation des annexes ou d'une partie des annexes dans les infl. ovaro-salpingiennes. *La Semaine gyn.*, 20 juin 1905. — **Tate**. Hematoma of the Ovary. *Am. J. Obst.*, mai 1905, p. 653. —

Temoin. Appendicite chez la femme. Importance du diagnostic précoce de cette affection et de l'intervention chirurgicale. *Gaz. de Gyn.*, juin 1905, p. 17. — **Tuffier**, Conservation des ovaires et de l'utérus dans les opérations pour annexites. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, Paris, 1905, n° 20, p. 557. — **Wilson**, A case of Hœmatoma of the Ovary Simulating an Attach of Appendicitis. *The Lancet*, mai 1905, p. 1196.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; OVARIOTOMIE, SALPINGECTOMIE. — **Baureisen**. Ueber einen Fall von Einbruch eines karcinomatösen Ovarialtumors in ein intramurales Fundusmyum. *Munchen. med. Wochensch.*, mars 1905, p. 595. — **Goullioud**. Kyste de l'ovaire tuberculeux. *Bull. Soc. de chirurgie de Lyon*, 1905, n° 2, p. 45.— **Hammond**. Report of a Case of a Large Parovarian Cyst and two Cases of large ovarian Cyst. *Med. News*, avril 1905, p. 594. — **Mongour**. Un cas de myxo-épithéliome papillaire de l'ovaire avec ascite gélatineuse. *Journ. de méd. de Bordeaux*, avril 1905, p. 253. — **Petersen**. Ein Fall von vaginaler Ovariotomie während der Geburt. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1905, p. 730. — **Pichevin**. Erythème polymorphe après une ovariotomie. *Sem. Gyn.*, 23 mai 1905. — **Pick** (I.). Ueber Adenom der mannlichen und weiblichen Keimdrüse bei Hermaphroditismus verus u. spurius. *Berlin klin. Wochensch.*, 1905, n° 17, p. 502. — **Procopio**. Sarcome a cellule gigantesche delle ovaie con zone di endotelioma dei capillari sanguigni e degli spaszi linfatici. *Archivio di ost. e ginec.*, avril 1905, p. 288. — **Rollin**. Epithelioma primitif des deux trompes de Fallope. *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris, janvier 1905, p. 55. — **Whitney** et **Harrihton**. Subperitoneal pelvic Fibromata. *Annals of Surgery*, juin 1905, p. 823.

ORGANES URINAIRES. — **Block** et **Hall**. A case of dermoid of the female urinary Bladder. *Am. J. of the med. sc.*, avril 1905, p. 651. — **Grimsdale**. Intra-Peritoneal Rupture of the Bladder. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, mai 1905, p. 354. — **Clark**. Hydrocele in the Female. *Annals of Surgery*, mai 1905, p. 740. — **Wood**. A new operation for cystocele. *Am. J. Obst.*, 1905, n° 2, p. 223.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Heaney**. Coexistence of Cystic mesometrium and tubal Pregnancy. *The Lancet*, juin 1905, p. 1498. — **Pichevin**. Laparotomie pour rupture d'une grossesse tubaire. *Sem. Gyn.*, 28 mars 1905.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Cushing**. Secondary abdominal operations. *Annals of Gyn. a. Ped.*, mai 1905, p. 113. — **Ewald**. Drainage after Laparotomy. *Med. News*, juin 1905, p. 1056. — **Sutcliffe**. Removal of a dermoid Cyst a. a decomposing Fetus from the Uterus by adbominal Section, withs Remarks. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 58.

MALFORMATIONS GÉNITALES — **Blondel** et **Chatinière**. Absence congénitale du vagin et d'organes génitaux internes. *La Gynécologie*, avril 1905, p. 106.— **Dubreuil-Chambardel**. De la duplicité du canal génital de la femme. *Arch. gén. de Méd.*, 13 juin 1905, n° 24.— **Smith** (L.). Case of congenital Absence of the Vagina and Uterus; Artificial Vagina, etc. *Annals of Gyn. a. Ped.*, avril 1905, p. 169. — **Unger** (E.). Beitrag zur Lehre von Hermaphroditismus, *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 17, p. 499.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Fedde**. The conduct of the perineal Stage in normal Labor. *Med. Record*, avril 1905, p. 655. — **Hellendal**. Zur manuellen umwandlung der Gesichts u. Sternlage. *Munch. mediz. Wochensch.*, juin 1905, p. 1138. — **Ostermann**. Zur mechanischen Begrundung des Rotationsvorganges der Geburt. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 17, p. 513. — **Reed**. Persistent mentoposterior Positions. *Annals of Obst.*, mai 1905, p. 615. — **Sellheim**. Die Bedeutung der physikalischen Eigenschaften des Kindes für die Geburtsmechanik. *Zent. f. Gyn.*, juin 1905, p. 706.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OSBTÉTRICALES. — **Bertino**. Sul passagio delle lisine dalla madre al feto. *Archivio italiano di Ginec.*, 1905, n° 3, p. 97. — **Blumberg**. Ueber Decidualzellen in der Cervix uteri bei intracorporaler Graviditat. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXV, Hft. 2, p. 203. — **Biancadi**. Le Condiziosi di strutturo della placenta normalamente inserto in alcuni casi di suo distacco precoce. *Annali di Ost. e Ginec.*, mai 1905, p. 437. — **Fossati**. Sulla esistenza di un reticulo nervoso nei villi della placenta. *Annali di Ost. e. Ginec.*, avril 1905, p. 351. — **Goldwail**. A Consideration of the

pelvic articulations from an anatomical, pathological and Clinical Standpoint. *Boston med. a. surg. J.*, mai 1905, p. 593. — **Judd**. The Pelvic Condition of Primiparæ *Brooklyn med. J.*, mai 1905, p. 194. — **Pinto**. Note istologiche sulle modificazioni delle ovaria in gravidanza. *Annali di Ost. e Ginec.*, mai 1905, p. 476. — **Schottlaender**. Ueber mehreipige Follikel und mehrkernige Eizellen. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1905. p. 622.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Addinell**. Premenstrual Pregnancy in a girl aged 13 years. *The Lancet*, mars 1905, p. 791.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Bourret**. De la coexistence des grossesses intra et extra-utérines. *Gaz. des hôpitaux*, avril 1905.

DYSTOCIE. — **Bashaus**. Pregnancy complicating Fibroids. *Am. J. obst.*, janvier 1905, p. 89. — **Hirst**. Vaginal atresia complicating Labor. *Am. J. Obst.*, mai 1905, p. 641. — **Pollak**. Die Geburt bei Uterus duplex separatus und vagina septa. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXV, Hft. 2, p. 317. — **Riddell**. The Abdominal Sections for Abnormal Pregnancies and Obstructed Labours. *The Lancet*. mai 1905, p. 1184. — **Thompson**. Dermoid Cyst of the ovary complicating Labor. *Am. J. Obst.*, janvier 1905, p. 87. — **Washburn**. A case of Pregnancy in one case of bicornate Uterus complicating Labor. *Ann. of Gyn. a. Ped.*, avril 1905, p. 172.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Langfitt**. A difficult Diagnosis in a case of Abdominal Pregnancy. *Med. Record*, juin 1905, p. 356. — **Pichevin**. Fausse grossesse tubaire. *La Semaine gynécologique*, Paris, 21 mars 1905, p. 89.

FŒTUS, NOUVEAU-NÉ, TÉRATOLOGIE. — **Bondi**, Zur Kasuistik der Nabelcysten. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1905, p. 727. — **Budin**. Les consultations de nourrissons. *Bull. de la Soc. de l'Internat*, 30 avril 1905.— **Caruso (F.)**. Sulla rigidita cadaverica intra-uterina. *Archivio di ost. e Ginec.*, avril 1905, p. 193.— **Kermauner**. Zur Kenntniss der Verdaungstorungen in ersten Lebensalter. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXV, Hft. 2, p. 212. — **Laurens** et **Pierra**. Les infections naso-pharyngées et leurs conséquences chez le nouveau-né. *L'Obstétrique*, 1905, n° 3, p. 208. — **Pinkus**. Zur Anatomie und Genese der Kopfnickergeschwulst des Neugeborener. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 20, p. 618. — **Véron**. Un nouveau-né pseudo-achondroplasique rachitique. *L'Obstétrique*, mai 1905, p. 235.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Alvarez**. A proposito de un caso de operacion cesarea. *Revista Obstetrica*, 1905, n° 2, p. 64. — **De Seigneux**. Zur Dilatationfrage. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 33, p. 717. — **Dührssen**. Darf die Bossi'sche Methode dem praktischen Arzt empfohlen werden. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXV, Hft. 2, p. 247.— **Füth**. Ueber Sectio cœsarea an der Moribunden. *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 23, p. 715. — **Lichtenstein**. Sulle consequenze tardive della dilatatione del collo uterino col metodo Bossi. *Archivio italiano di Ginec.*, avril 1905, p. 175.— **Marse**. The Craniotomy on the Living Child ever justificable. *Med. Record*, juin 1905, p. 888. — **Skae**. Cœsarean Section for Congenital Malformation of the Cervix Uteri. Recovery. *The Lancet*, mai 1905, p. 1266.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Andérodias**. Vomissements graves de la grossesse. *Journ. méd. de Bordeaux*, avril 1905, p. 233. — **Arnold**. Some Remarks on puerperal Infection. *British med. J.*, mars 1905, p. 581. — **Bacon**. Non operative Treatment of Eclampsia. *Am. J. Obst.*, avril 1905, p. 455. — **Boquel** et **Papin**. Deux observations de colibacillose au cours de la puerpéralité. *L'Obstétrique*, 1905, n° 3, p. 193. — **Boxall**. Mortality in Childbed, both in Hospital and in General Practice. *The J. of obst. a. gyn. of British Emp.*, mai 1905, p. 315. — **De Arcangelis**. La intossicazione difterica e colibacillose nel corso della gravidanzo con speciale riguardo alla etiologia dell' aborto. *Archivio di Ost. e Gin.*, avril 1905, pp. 218, 278. — **Ferroni**. Sopra una forma non comune di tumore placentare. *Annali di Ost. e Ginec.*, mai 1905, p. 457. — **Foulerton**. An Investigation into the Causation of Puerperal Infectione. *The Lancet*, avril 1905, p. 915, 992. — **Gemmell**. Cœsarean Section in a Case of Myasthenia Gravis, Gravida. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, avril 1905, p. 260. — **Gilman**. Eclampsia. *The Boston med. a. Surg. J.*, mars 1905, p. 367. — **Gottschalk**. Tetaniein Wochenbett. *Munchen. med. Wochensch.*, juin 1905, p. 1147. — **Hagopoff**. Du traitement actuel de l'éclampsie puerpérale. *Soc. belge de Gynéc. et d'Obst.*, 1905, n° 5, p. 107. — **Hoesslin**. Ueber periph. Schwangerschafts Lahmungen. *Munch. med. Woch.*, 4 avril 1905, p. 636. — **Lauro**. Aborto spontaneo o criminoso ? Relazione di perizia medico-legale, con un appendice sull' accusa di incapacita o negligenza d'un sanitario. *Archivio di Ost. e Ginec.*, mars 1905, p. 163.— **Massini**. Septicemia puerperale. *Revista obstetrica*, 1905, n° 2, p. 39. — **Otto Gutbrod**. Gangrän nack Eklampsie. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juin 1905, p. 734. — **Perondi**. Contributo clinico allo

studio della nevrite puerperale. *Archivio di ost. e ginec.*, mai 1905, p. 257. — Placenta prævia à insertion centro-partielle. *Annales méd.-chirurg. du Centre*, avril 1905, p. 213. — **Robinson**. A Case of premature Separation of a Normally situated Placenta. *Med. Record*, avril 1905, p. 657. — **Rosthorn**. Behandlung der puerp. Infektion. *Deuts. med. Woch.*, 8 juin 1905, p. 897. — **Rudaux**. Formes et traitement de l'ictère pendant la grossesse. *Arch. gén. de méd.*, 9 mai 1905. — **Saks**. Ein Fall von spontanea Uterus ruptur sub partu bei einer Schädellage der Frucht. *Munch. med. Wochensch.*, juin 1905, p. 1146. — **Smitwiek**. Treatment of wounds and Contusions of the pelvic outlet produced during Labor. *Annals of Gyn. a. Ped.*, avril 1905, p. 181. — **Stervart**. Albuminuria a. Nephritis of Labor. *Am. J. Obst.*, 1905, p. 74. — **Trotta**. Sulle aderenze della placenta. *Archivio di Ost. e. Ginec.*, mars 1905, n° 3, p. 129.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, ANESTHÉSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Hammerschlag**. Instrument und Meth. Bossi. *Zentralb. f. Gynæk.*, 20 mai 1905. — **Neu**. Ein neues scherenformiges Perforatorium. *Munch. mediz. Wochensch.*, mai 1905, p. 954.

VARIA. — **Chidichuno**. La manifestazione di fatica nell'utero che incomincia a lavorare dopo un lung periodo di reposo. *Archivio di italiano di Ginec.*, avril 1905, p. 145. — **Coughlin** (**R.**). Cases of Maternal impressions. *Brooklyn med. Journ.*, mai 1905, p. 199. — **Halban**. Die innere Secretion von Ovarium und Placenta und ihre Bedeutung für die Function der Milchdrüse. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXV, Hft. 2, p. 353. — **Perret**. De la pasteurisation du lait. *L'Obstétrique*, mai 1905, p. 199.

VARIÉTÉ

A la suite des incidents qui se déroulent actuellement en Russie, le Comité d'organisation du **Ve Congrès périodique international d'obstétrique et de gynécologie** a décidé que le congrès, qui devait avoir lieu à Saint-Pétersbourg du 11 au 18 septembre 1905, serait remis à un an.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre Dame-de-Lorette.

G. STEINHEIL, Éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

VIENT DE PARAITRE

TRAITEMENT

DU

CANCER DE L'UTÉRUS INOPÉRABLE

Par le Docteur RÉCAMIER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris ; ancien aide d'Anatomie à la Faculté, Chirurgien de l'Hôpital libre Saint-Michel.

Un vol. in-8 carré de 214 pages. — Prix : **3** fr. **50.**

Ce livre, écrit avec méthode et clarté et avec beaucoup de souci de l'exactitude par un homme ayant l'expérience de la question, peut rendre les plus grands services au praticien, souvent en complet désarroi et trop prompt au découragement en face des rancœurs de la maladie en question.

Tout ce qui a été proposé de raisonnable pour soulager les malheureuses qui en sont atteintes est passé au crible d'une judicieuse critique. Après avoir abordé les *indications de l'hystérectomie*, l'auteur expose d'une façon très complète, dans ce qu'elle a de spécial au cancer utérin, *la technique du curettage* et des *divers procédés de cautérisation ignée et chimique*. Mais nous recommandons tout particulièrement la lecture des pages relatives aux *pansements*, au *traitement palliatif des fistules, de l'incontinence, de la douleur, de l'urémie et de l'anurie*, au *traitement général*, à *l'hospitalisation* et enfin à *l'action morale du médecin*. C'est dans cette seconde moitié de l'ouvrage que l'auteur donne vraiment sa note personnelle. On chercherait vainement ailleurs un ensemble de conseils aussi directement pratiques.

TRAVAUX DE CHIRURGIE ANATOMO-CLINIQUE

Par Henri HARTMANN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

DEUXIÈME SÉRIE. — **VOIES URINAIRES — TESTICULE**

Statistique du service Civiale, par HARTMANN. — Les tumeurs de la capsule surrénale, par HARTMANN et LECÈNE. — Etude sur les tumeurs solides du rein, par LECÈNE. — Kystes du rein, par HARTMANN. — De la conduite à tenir en présence d'une déchirure de la veine cave au cours de la néphrectomie, par HARTMANN. — Quel est le meilleur moyen d'étudier la manière dont se fait l'évacuation du contenu des reins ? par HARTMANN. — Anatomie des glandes bulbo-uréthrales, par P. LEBRETON. — Note sur un cas de kyste développé aux dépens d'une glande bulbo-uréthrale, par HARTMANN. — Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine, par HARTMANN. — L'épithélioma primitif de l'urèthre prémembraneux chez l'homme, par LAVENANT. — Tuberculose de l'urèthre simulant un néoplasme, par LECÈNE et PRAT. — Etude sur la tuberculose expérimentale du testicule, par CH. ESMONET. — Technique des orchites expérimentales par voie artérielle spermatique, par CH. ESMONET. — Hydrohématocèle en bissac infectée de dimensions énormes, par HARTMANN. — Note sur la bactériologie des vaginalites aiguës, par HARTMANN, ESMONET et LECÈNE. — Note sur l'histologie de l'épididymite blennorrhagique, par B. CUNÉO.

1 vol. in-8 grand-jésus de 340 pages avec 105 figures. Prix : 15 francs.

Paru précédemment :

PREMIÈRE SÉRIE. — **Voies urinaires. Estomac.** — Avec la collaboration de MM. B. CUNÉO, DELAAGE, P. LECÈNE, LEROY, G. LUYS, PRAT, G.-H. ROGER, SOUPAULT. Un vol. in-8 grand-jésus de 360 pages avec 113 figures dans le texte. Prix : **15** francs.

Supplément aux *Annales de Gynécologie.* — Juillet 1905.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De l'apiol.

L'apiol est le principe actif de la semence de persil, dont les propriétés emménagogues sont incontestables et reconnues par la plupart des auteurs qui l'ont étudié (Bouchardat, Bouchut, Siredey, etc.). Cette action est utilisée surtout dans la dysménorrhée, quand celle-ci doit être traitée, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une inflammation de l'utérus ou des annexes. L'indication principale est fournie par les règles douloureuses des jeunes filles, dont la *Gazette hebdomadaire* a étudié le traitement dans un article récent. Ajoutons que l'apiol se serait montré efficace dans les fièvres intermittentes de moyenne intensité (Manquat).

Doit-on donner le nom d'apiol au liquide oléagineux, non volatil, d'une coloration variant du jaune ambré au vert et même au vert brun, de saveur âcre et piquante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme? Ou bien ce liquide n'est-il autre chose qu'un produit complexe, dans lequel on peut isoler un principe actif cristallisable ? Ce sont là des points qui ne sont pas encore définitivement tranchés et sur lesquels les opinions des chimistes varient avec leurs pays d'origine.

Tandis que l'apiol liquide semble ou plutôt semblait, il y a encore peu d'années, prévaloir en France et en Belgique, en Allemagne, au contraire, l'apiol cristallisé est adopté à l'exclusion des autres formes sous lesquelles il peut être obtenu.

La caractéristique de ce désaccord est fournie par ce fait assez curieux que quelques fabricants allemands qui, dans leur préparation de l'apiol, obtiennent le principe cristallisé à côté du principe liquide, se réservent le premier pour les besoins de la consommation allemande et livrent à la consommation française le principe liquide, qu'ils ne peuvent écouler chez eux.

Si l'on admet l'opinion qui prédomine en Allemagne et à laquelle de sérieux travaux des chimistes allemands ont ajouté un regain d'intérêt (*Annales de Merck*, 1896-98), l'apiol, chimiquement pur, serait un corps cristallisé en aiguilles blanches, fusibles à + 30°, bouillant vers + 300°, et, comme l'apiol liquide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et le chloroforme.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une façon bien formelle sur les données contradictoires fournies par la pharmacopée franco-belge d'une part, la pharmacopée allemande d'autre part. Le mieux est donc d'augurer, non de telle ou telle constitution chimique, mais seulement des effets thérapeutiques qu'on en a obtenus. Ici encore la clinique reste souveraine et c'est à elle qu'il faut s'en rapporter pour faire un choix entre les deux produits.

Or une expérience de plus de dix années semble établir que l'apiol cristallisé réunit au plus haut degré toutes les qualités requises de cette substance. Mais, pour cela, il est nécessaire que la préparation pharmaceutique soit obtenue de telle manière que les principes utiles de la semence de persil, cristallisables ou non cristallisables, s'y trouvent associés, à l'exclusion des substances féculentes ou résineuses dont il convient de débarrasser l'apiol. Leur présence modifie même le poids spécifique de l'apiol liquide, qui tombe au fond de l'eau ou surnage, selon les éléments étrangers qui peuvent s'être introduits ou maintenus dans la préparation par les dissolvants employés au traitement de la semence de persil.

Sans doute, la question est encore à l'étude ; mais, comme le produit cristallisé a une action thérapeutique absolument identique au produit huileux complexe connu sous le nom d'apiol, *le praticien devra toujours prescrire de préférence l'apiol cristallisé*, qui lui donnera les garanties de pureté qui font défaut à la forme liquide dont la coloration, le poids spécifique varient avec les méthodes de préparation.

L'apiol s'emploie à la dose de 25 à 75 centigrammes par jour sous forme de capsules gélatineuses de 15 centigrammes de substance active *en solution huileuse*. C'est le seul mode pratique d'administration.

L'Usine Française (Goy et Cie) est la seule qui prépare cet apiol cristallisé, de pureté certaine.

MATERNITÉ DE L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE. DIRECTEUR : PROF. Dr G. ROSSIER.

UN CAS D'OSTÉOMALACIE PUERPÉRALE

OPÉRATION CÉSARIENNE ET OOPHORECTOMIE BILATÉRALE. — RÉCIDIVE

par **A. ROSSIER**, médecin assistant à la Clinique chirurgicale de Bâle.

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur la littérature de l'ostéomalacie, accumulée dans ces dernières années, il peut sembler superflu de venir ajouter une pierre à ce monument déjà si riche en matériaux. Cependant, malgré les minutieuses recherches dont cette maladie a été l'objet, malgré les nombreuses hypothèses émises sur sa nature, la cause première de cette affection nous échappe et la question reste encore actuellement ouverte.

Le présent travail n'a pas la prétention d'avoir résolu le problème, ce n'était d'ailleurs pas son but. Mais le cas que j'ai eu l'occasion d'étudier apporte, grâce à des circonstances toutes spéciales, des faits intéressants qui contribueront peut-être une fois à éclairer ce sujet.

OBSERVATION.—*Anamnèse.* — Mme Adèle D..., originaire de Vouvry (Valais), âgée de 29 ans, domiciliée à Genève ; profession : ménagère. Père mort d'une maladie de cœur ; mère bien portante ; quatre sœurs et un frère, en bonne santé.

Mme D..., a eu avant sa grossesse actuelle, en 1895 et en 1897, deux grossesses normales ; enfants à terme, vivants, le dernier pesait 4.500 gr. Les deux accouchements ont été parfaitement normaux et n'ont nécessité aucune intervention. Suites de couches normales. Le premier enfant a été nourri par la mère pendant 6 mois, le deuxième pendant 15 mois. La malade a séjourné deux ans à Vouvry, puis a habité Collonges près Saint-Maurice, puis à Saint-Maurice et Illarsaz, jusqu'à l'âge de 15 ans. Elle va ensuite en service dans le canton de Vaud, à Yvorne et Montreux. Mariée en 1894, à Vouvry, elle y

séjourne deux ans, puis habite Genève. Dans son enfance elle a eu la rougeole ; sauf cela toujours bien portante. Réglée à 13 ans, toutes les quatre semaines, pendant cinq jours, assez fort, sans douleurs.

A Genève, il y a quatre ans (septembre 1898), apparaissent des douleurs dans les cuisses, puis dans les jambes et dans les reins. Elle habitait, depuis cinq mois, à la rue des Pâquis, un rez-de-chaussée humide, qui n'avait pas de cave. Ces douleurs, survenant sans cause connue, ont le caractère de douleurs lancinantes, rhumatoïdes. La malade n'a jamais remarqué aucune modification dans la forme ou la coloration des parties atteintes. Ces douleurs persistent et augmentent même, surtout pendant la marche ; plus tard surviennent des douleurs thoraciques. En été il se produit une légère amélioration, qui disparaît en hiver. Malgré ses douleurs, la malade vaque à ses travaux de ménage.

Du 27 au 31 janvier 1902 dernières règles. Pendant la grossesse, les douleurs augmentent ; pas de nausées. Vers les 3e et 4e mois, la malade a beaucoup plus de peine à marcher, à monter les escaliers ; le fait de s'asseoir ou de se relever devient aussi plus pénible et plus douloureux. Quand elle reste bien tranquille la malade ne souffre presque pas. Depuis cet été (1902) elle remarque à la partie inférieure du sacrum une grosseur, qui la fait beaucoup souffrir (Sitzbecken). Depuis 2 mois et demi, la malade a quitté Genève pour se rendre auprès de sa mère, à Illarsaz. Dès lors elle ne peut qu'aller de son lit à une chaise, où elle reste assise toute la journée.

Le 15 novembre elle consulte un médecin ; la malade ressentait depuis 4 à 5 jours des douleurs vagues dans le ventre et les reins, douleurs semblables à celles du début du travail ; le médecin l'envoie d'urgence à la Maternité.

État présent (15 novembre 1902). — *Stature* : 1 m 46.

Tête : Pommettes un peu saillantes, assez rouges.

Dents bonnes. Os de la tête indolores à la pression. Mouvements de la tête non douloureux.

Glande thyroïde assez fortement proéminente ; à sa partie médiane et dans le lobe gauche on sent une petite tumeur kystique. Le tout est mobile.

Cage thoracique : Clavicules très proéminentes, minces, indolores. L'angulus Ludovici proémine très fortement, à part cela le sternum est uni ; le processus xyphoïde est dirigé en avant ; pression sur le sternum, indolore.

Côtes : Elles ne sont pas déformées d'une manière notable, sauf la 2e et 3e, épaissies à leur insertion sternale.

La pression du thorax d'avant en arrière, un peu douloureuse ; pression latérale très douloureuse.

Seins : Bien développés ; de même les mamelons ; on en exprime facilement du colostrum.

Abdomen : Ventre en forme de besace; la circonférence à la hauteur de lombilic mesure 95 centimètres ; entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde : 92 centimètres. ; au-dessus de la symphyse : 87 centimètres.

Distance de l'ombilic au processus xyphoïde : 20 centimètres.

Distance de la symphyse à l'ombilic : 13 centimètres.

Le nombril proémine légèrement ; la ligne blanche est pigmentée. Les parties inférieures de l'abdomen à droite et à gauche présentent seules des vergetures très nettes.

Utérus : Il remonte jusqu'aux côtes, repoussant en avant le processus xyphoïde. La palpation permet de constater une position oblique, la tête dans la fosse iliaque droite ; le siège dans la partie supérieure de la matrice à gauche ; le dos en avant.

Diagnostic de la position : 2e position oblique, dorso-antérieure. Les bruits du cœur sont nettement perceptibles (132 pulsations) dans la région sus-ombilicale droite.

Dos : Les omoplates proéminent assez fortement ; la colonne dorsale est kyphotique, avec lordose prononcée dans la région lombaire. A partir de ce point le sacrum proémine nettement en arrière ; le coccyx douloureux ; les vertèbres ne le sont pas.

Membres : Extrémités supérieures : muscles très peu développés, os très minces, indolores à la pression.

Extrémités inférieures : Musculature grêle ; pas de déformation osseuse ; par contre, les cuisses présentent, surtout la gauche, une forte convexité à leur partie antérieure. La pression exercée sur les os des jambes et des cuisses est indolore.

Bassin : La pression simultanée sur les deux trochanters cause une douleur vive dans les os du bassin.

Mesures du bassin : Épines : 25 centimètres. Cr : 29 cm. 2. Trochanters : 28 cm. 8. Écartement des ischions : 6 centimètres à 6 cm. 2. Conj. ext. : 18 cm. 2.

La symphyse pubienne proémine très fortement en avant, les branches horizontales du pubis forment un angle assez aigu.

Parties génitales externes et internes : Grandes et petites lèvres normalement développées ; vulve plus découverte que d'habitude ; muqueuse vaginale violacée.

Portion vaginale dans l'axe du vagin, longue d'un centimètre, présente une lèvre antérieure et une postérieure séparées par une déchirure allant à droite jusqu'à 4 millimètres de l'insertion du vagin, atteignant à gauche le cul-de-sac.

Canal cervical long de 2 centimètres, perméable au doigt qui atteint assez facilement la tête située à droite et mobile. Le fond du cul-de-sac antérieur se trouve à environ 6 centimètres du bord inférieur de la symphyse.

L'arc du pubis est très rétréci : son ouverture mesure environ 5 centimètres. La plus légère pression à la partie interne des os du bassin est très douloureuse ; le doigt peut atteindre à droite et à gauche, jusqu'à la région de l'éminence iléopectinée, et sans aucune peine l'épine sciatique. On peut explorer toute la cavité, sauf les régions des symphyses sacro-iliaques.

Conjugué diagonal : 8 centimètres à 8 cm. 2. Conjugué vrai : 6 cm. 5 à 6 cm. 7.

Espace utilisable ou conjugué obstétrical : 4 cm. 5 au maximum.

Pendant l'examen on perçoit des contractions utérines peu fortes, durant de 1 à 2 minutes.

Température à minuit le 15 novembre : 36, 6. Pouls : 84.

On fait administrer un lavement ; tout est préparé pour la laparotomie.

Nuit tranquille. Le 16 novembre, depuis 3 heures après midi, les douleurs deviennent plus fréquentes, se répétant toutes les 6 à 7 minutes, durant environ 1 minute. A 6 heures du soir on trouve une dilatation du col, comme une pièce de 2 francs, et la poche des eaux bombant assez fortement.

Opération césarienne (16 novembre, 6 h. 35 du soir). Opérateur : professeur Rossier. Assistants : MM. Matter et Senn. Narcose (éther) : Cand. med. O. Rapin.

Toilette de l'abdomen, savon, éther et sublimé 1 p. 1.000. Injection vaginale au lysol 1 p. 100.

Incision de la peau sur la ligne médiane. L'incision remonte jusqu'à l'apophyse xyphoïde, elle a environ 25 centimètres de longueur. On l'agrandit suffisamment pour permettre de faire basculer l'utérus hors de la cavité abdominale. On place une pince Kocher sur les deux bords de l'incision cutanée rapprochés derrière l'utérus ; de cette façon les intestins sont maintenus dans la cavité abdominale, et l'on isole l'utérus de celle-ci. Après avoir entouré la base de l'utérus de compresses, on incise l'utérus. L'incision est longitudinale, elle part du fundus et a environ 15 centimètres. On arrive sur le placenta qu'on traverse. L'enfant est saisi par la jambe et extrait ; on place deux pinces sur le cordon que l'on sectionne et l'on passe l'enfant à la sage-femme (6 h. 40). L'enfant né légèrement asphyxié crie au bout de peu de minutes. Le placenta est extrait. Pendant ce temps de l'opération, les deux assistants maintiennent de leurs deux mains les tranches de l'incision utérine. Il s'écoule relativement peu de sang. Après avoir enlevé le placenta et les membranes, un assistant comprime le col de l'utérus entre ses deux mains. De cette manière hémostase complète pendant la suture de la paroi utérine au catgut. Le premier plan de sutures comprend la moitié de la paroi et la muqueuse, en ressortant l'aiguille sur la tranche et non dans la cavité utérine. Le deuxième plan, l'autre moitié de la paroi et la séreuse. On renonce à placer un troisième plan de sutures séro-séreuses parce que l'utérus est trop friable ; cette partie de l'opération est terminée à 7 h. 30. Pendant la suture utérine on constate à une ou deux reprises des contractions de ce muscle.

Puis on attire l'un après l'autre les ovaires, on place une ligature double de soie sur le pédicule au moyen de l'aiguille de Cooper, et l'on sectionne ce dernier. On tamponne un peu la surface de l'utérus au moyen de compresses imbibées de solution physiologique chaude et l'on refoule l'organe dans l'abdomen. Suture du péritoine à points de catgut continus ; suture des muscles et du fascia alternativement au catgut et à la soie, à points séparés. Suture de la peau à points de soie séparés. A 7 h. 50 tout est terminé. Poudrage de xéroforme. Gaze xéroformée. Pansement.

Pendant l'opération on pratique une injection sous-cutanée de 1 gramme

d'ergotine Nienhaus ; puis le pouls étant un peu irrégulier et ralenti, on pratique une transfusion physiologique (1 litre dans la cuisse). Injection d'huile camphrée.

La malade revient assez rapidement à elle, ne vomit presque pas.

A 10 heures du soir, injection de morphine (0,01).

17 *novembre.* — La journée se passe relativement bien, pouls rapide mais régulier.

18. — Le matin à 4 heures, vomissements qui se sont répétés jusqu'à midi ; la malade se plaint de nausées. Température afébrile ; pouls rapide. Pas de selles. Abdomen souple, pas ballonné. Régime liquide.

Quelques gaz dans le courant de l'après-midi ; le soir, l'état s'améliore ; il n'y a plus de vomissements.

Diminution notable de la sensibilité à la pression latérale du thorax. Bassin : sensibilité toujours la même. Première selle liquide.

19. — Beaucoup de gaz qui soulagent la malade.

20. — Dans la nuit 4 selles d'abord consistantes, puis liquides.

On constate une diminution des douleurs à la pression du bassin.

25. — Les douleurs à la pression sur le thorax et le bassin ont progressivement diminué, mais une pression un peu forte n'est pas encore tolérée.

27. — On enlève les fils. Prima intentio.

2 *décembre.* — La malade s'assoit dans son lit.

4. — État subjectif excellent. Une forte pression sur le bassin surtout et sur le thorax provoque encore de la douleur, mais bien moins qu'auparavant.

9. — Lever, durée trois quarts d'heure. Légère bronchite.

15. — Moelle osseuse de veau, 1 cuillerée à café deux fois par jour. Depuis le 9 décembre la malade s'est levée et a essayé de marcher. On constate encore un peu de douleur à la pression sur les os (surtout ceux du bassin). Analyses de l'urine : voir page 475.

1er *janvier* 1903. — On cesse la moelle osseuse qui provoque des nausées.

10. — La malade peut monter et descendre de voiture seule ; les secousses ne lui font plus mal.

Ces derniers quinze jours on a l'impression qu'elle a fait beaucoup de progrès, tant au point de vue de la marche que de la santé générale.

État de sortie (13 janvier 1903). — Sur l'abdomen : cicatrice médiane, longue de 13 centimètres, solide, indolore.

Pression du thorax d'avant en arrière, indolore.

Pression latérale du thorax encore très légèrement douloureuse dans la partie supérieure ; dans la partie inférieure du thorax, la douleur est infiniment moindre qu'au début.

Pression des os du bassin et des trochanters absolument indolore. Coccyx encore légèrement douloureux, mais seulement par une forte pression. La malade couchée sur le dos ne peut écarter fortement les cuisses sans douleur.

Écartement des tubérosités de l'ischion : 6,0 — 6,2 centimètres.

La malade se tient debout sans appui ; elle peut marcher seule, ressentant

toutefois une légère douleur au pli de l'aine, surtout à droite et au sacrum. Elle lève passablement les pieds dans la marche ; démarche canetante.

En position debout, écartement sans douleur des jambes jusqu'à 35 centimètres, avec un peu de douleur jusqu'à 50 centimètres.

Élévation du pied droit (comme pour monter un escalier) sans appui : 14 centimètres ; de même pour le pied gauche.

État au 12 juin 1903 (7 mois après) :

Stature 1,45 ; la pression sur les os est très peu sensible. On constate un abaissement in toto de la cage thoracique ; les côtes touchent les crêtes iliaques.

Mesures du bassin :	État au 15 novembre 1902 :
Sp. : 22,3	25 centimètres.
Cr. : 28,2	29,2 —
Tr. : 26,4	28,8 —
Bd. : 17,6	18,2 —

Nous voyons qu'il existe une notable différence entre les mesures du bassin de Mme D..., à 7 mois d'intervalle ; elles montrent que le bassin s'est modifié encore sensiblement ; le bec symphysien proémine très fortement.

Arc pubien : 2 centimètres de largeur ; le doigt est absolument pincé (les branches du pubis se sont donc rapprochées). Portion très petite, conique, consistance ferme ; orifice externe fermé ; utérus petit. Derrière la portion on sent une proéminence osseuse, dure, qui est le promontoire, plongeant dans le détroit supérieur.

La malade marche sans appui ; elle lève les pieds un peu plus haut.

En automne 1903, la malade nous écrivait que son état avait empiré et que les règles avaient réapparu abondantes et semblables à celles d'avant la maladie. La malade se décide à rentrer à la Maternité pour subir une nouvelle opération ; voici le compte rendu de l'anamnèse et du status.

Entrée le 11 *février* 1904.

Anamnèse. — La malade a quitté la Maternité en 1903, au mois de janvier. Opération césarienne et castration le 16 novembre 1902. Jusqu'au mois de février, la malade éprouva encore une certaine peine à marcher, elle est très faible et se plaint de douleurs dans les hanches et les articulations. Pendant le mois de mars amélioration et état général assez bon. La malade peut travailler chez elle et faire certains travaux assez pénibles. Au mois d'avril, dans la première quinzaine, apparition des règles. Menses abondantes, brunâtres au début, puis rouges, d'une durée de quatre à cinq jours, sans douleurs, n'influençant pas l'état général. En mai, juin, juillet, août et septembre, règles régulières, normales, absolument semblables à celles qui ont précédé la maladie.

Vers la fin de septembre, après les premiers froids, les douleurs dans les articulations, les hanches et les lombes réapparaissent. La malade cependant ne reste pas au lit ; elle souffre moins quand elle est assise.

En octobre, les règles font défaut ; les douleurs augmentent d'intensité et se font sentir dans les épaules et les bras.

En novembre, décembre et janvier 1904, même état en ce qui concerne les douleurs. Au commencement de novembre les règles surviennent ; elles sont moins abondantes et de plus courte durée qu'en été. Le 12 décembre, règles, comme en novembre.

Le 9 *janvier*, menses très peu abondantes, sans douleurs ; l'écoulement a une couleur rouge clair ; durée de trois jours.

Quant à la stature, la malade a remarqué qu'elle a encore diminué de hauteur ; ses vêtements deviennent trop longs, elle est obligée de couper le bas de sa robe à trois reprises. Au repos, la malade souffre peu, mais tout mouvement occasionne de vives douleurs.

État au 12 février 1904.

Teint pâle ; pommettes rosées. Os du crâne absolument indolores. Clavicules minces, indolores à la pression. Amaigrissement considérable, laissant voir nettement chaque côté.

Pulsations du cœur très nettes dans le second espace intercostal ; le choc de la pointe se trouve dans le 4e espace intercostal, sous le mamelon. Dans toute la région précordiale on remarque les vibrations cardiaques.

Auscultation. — Les bruits sont purs, sauf toutefois à la pointe où le premier ton est moins net qu'aux autres orifices.

Poumons. — Rien d'anormal.

Sternum. — A partir de la deuxième côte, il proémine fortement en avant ; il forme une voussure qui s'abaisse à partir de l'insertion de la quatrième côte. La cage thoracique est de ce fait fortement réduite de hauteur ; elle mesure depuis le haut du sternum jusqu'au processus xyphoïde 20 centimètres. La plus grande circonférence du thorax mesure 75 centimètres. Aucune sensibilité à la pression sur le sternum.

Les *côtes* sont très légèrement sensibles à la pression dans les parties latérales et postérieures ; par contre, la pression du thorax de droite à gauche est assez sensible ; d'avant en arrière elle ne l'est pas. La dernière côte touche dans la ligne axillaire la crête iliaque. La distance entre le processus xyphoïde et la symphyse est de 13 centimètres.

Mesures du bassin.		État au 12 VI 03.	État au 15 XI 02.
Sp.	22,0	22,3	25,0
Cr.	28,0	28,2	29,2
Troch.	26,0	26,4	28,8
Bd.	16,0	17,6	18,2
Conjugué diagonal.	7,1	7,5	8,0-8,2

Du promontoire au commencement du bec symphysien 3,5 centimètres.

Lorsque l'on déprime la paroi abdominale, droit au-dessus de la symphyse, le doigt pénètre facilement dans un bec formé par les branches horizontales

du pubis, allant directement d'arrière en avant. Le bec a 6 centimètres de long ; il est facile à mesurer. Arrivé à 6 centimètres de la symphyse, toujours en refoulant la paroi abdominale, le doigt peut palper facilement la ligne innominée, qui va obliquement en dehors, et après 4 centimètres s'incurve en dedans du côté de la paroi postérieure du bassin ; on ne peut la suivre sur ce dernier parcours.

Les grandes lèvres sont peu prononcées ; les petites sont assez proéminentes. La vulve est fermée. L'index introduit dans le vagin est immédiatement serré entre les deux branches du pubis. Le doigt a de la peine à atteindre la portion vaginale qui est à droite, assez large ; son orifice externe est une fente transversale. Le corps de l'utérus se trouve dans la moitié droite du bassin, en anteflexion I°, petit, dur, mobile, indolore. L'index atteint très facilement le promontoire. La paroi antérieure du sacrum est un peu convexe ; elle fuit presque horizontalement d'avant en arrière. On n'atteint pas le coccyx.

A sa face postérieure le sacrum présente vers son milieu une coudure à angle droit (Sitzbecken). La partie inférieure de la colonne dorsale présente une légère scoliose à gauche. La douzième côte droite touche la crête iliaque. A gauche elle laisse un très petit intervalle libre en-dessous d'elle.

L'omoplate droite proémine plus fortement que la gauche. Les omoplates ne sont pas sensibles à la pression ; il en est de même de la colonne vertébrale. Le sacrum est un peu sensible ; la pression bilatérale des os iliaques est assez sensible. Les os des extrémités inférieures sont indolores.

La stature est de 137 centimètres.

État avant l'opération :

11 II,	Température :	37,3	Pouls :	64	
12 —	—	36,3	—	80	
13 —	—	36,2	—	80	
14 —	—	36,5	—	80	
15 —	—	36,5	—	72	Hémoglobine 60 p. 100.
16 —	—	36,4	—	68	
17 —	—	36,7	—	70	Menses débutent.
18 —	—	36,8	—	76	Dans la nuit quelques gouttes de sang.
19 —	—	36,5	—	88	Dans la journée même état.
20 —	—	36,7	—	84	Menses presque nulles ; 2 petites taches dans la nuit du 18-19.
21 —	—	36,6	—	76	Dans la nuit pas d'écoulement, se plaint d'un point dans le flanc gauche.
22 —	Opération.				

Résultat de l'analyse des urines (12 II 1904) par M. de Crousaz :

Poids spécifique, 1904.
Urée par litre. . . . . 10 gr. »

Acide urique.	» gr. »		
Albumine.	» »		
Glycose.	» »		
Chlorures.	5 85		
Phosphates. . . . alcalins	0 65	Terreux	1 gr. 95 p. 1.000.
Acide phosphorique. — .	0 35	—	1 05 —
Acide sulfurique p. 1.000.	1 70		
Acide lactique.	» »		

Une seconde analyse faite quelques jours plus tard donne de même un résultat absolument négatif sur la présence d'acide lactique.

Opération *le 22 février* 1904. — Opérateur : professeur Rossier. Assistant : M de Buman. Narcose : M. Chapuis.

Désinfection ante-opératoire : eau, savon, éther, sublimé.

Début de l'opération à 8 h. 53 du matin.

Incision sous-ombilicale, peau, aponévrose, muscle, péritoine. On trouve l'utérus ainsi qu'on l'avait diagnostiqué dévié à droite ; on a de la peine à l'attirer au dehors. Aucune cicatrice visible à sa paroi antérieure. Sa longueur est d'environ 8 à 9 centimètres, sa forme normale. Quelques adhérences entre l'épiploon et la trompe droite ; aucune adhérence avec la paroi antérieure de l'utérus.

On pose des ligatures à la soie à la racine de la trompe gauche le long de l'utérus, en prenant une grande partie du ligament large et en faisant passer le fil à travers la paroi de la trompe pour la fixer. On place de même une ligature du côté du ligament infundibulo-pelvien ; on extirpe la trompe et une petite nodosité en dessous d'elle, près de l'utérus (Nœud datant de l'opération césarienne).

On prend ensuite la trompe droite qui est un peu plus grande et plus épaisse que la gauche. Elle présente, au-dessous de son insertion à l'utérus, une tumeur de la grosseur d'un petit noyau de cerise, blanchâtre et assez résistante. Cette tumeur se trouve dans le ligament large, recouverte par le péritoine. En outre on constate une vascularisation assez forte dans le ligament large.

Le ligament lui-même est très épais. On fait comme à gauche une suture parallèle au côté droit de l'utérus ; puis on suture le ligament large assez profondément en dessous de la trompe et de la petite tumeur qu'on extirpe ainsi que la trompe.

On ramène le grand épiploon sur l'utérus, puis on referme la cavité abdominale après avoir fait une suture continue du péritoine au catgut, de l'aponévrose avec soie et catgut, puis de la peau avec de la soie.

L'opération est terminée à 9 h. 50.

Pansement à la poudre xéroformée.

Température à midi : 36,1. Pouls 80.

La tumeur du ligament large droit semble être un petit ovaire aberrant, situé entre les deux feuillets du ligament large. Elle contient un petit kyste.

La tumeur a été examinée par M. le professeur Stilling; voir plus loin le résultat de l'examen microscopique.

Suites opératoires, 23 *février*. — Température 36,5. Pouls 84. A uriné spontanément ; se plaint de douleurs dans la région sous-ombilicale. Dans l'après-midi quelques céphalées. N'a vomi qu'une fois.

24. — Température 36,8. Pouls 98. Pas de gaz ; petit lavement de glycérine; dans la soirée on place un tuyau anal ; il s'échappe un peu de glycérine et quelques gaz.

25. — Température 37,2. Pouls 92. Sommeil calme. Dans la nuit, passablement de gaz.

26. — Température 37,2. Pouls 80. Nuit bonne, état général satisfaisant. Après un lavement, une selle liquide et des gaz.

27. — Température 36,9. Pouls 80. État très satisfaisant. Après le lavement une selle moulée, brunâtre.

28. — Température 36,9. Pouls 88. Appétit bon ; état général bon.

3 *mars*. — Température 36,8. Pouls 68. On enlève les points. Prima, sauf un point présentant une goutte de liquide légèrement purulent.

5. — On enlève le dernier point.

8. — Se lève; va bien ; se plaint encore de douleurs dans le bassin et les côtes.

13. — Douleurs abdominales qui disparaissent après la selle.

14. — A marché un peu dans la journée. On ordonne : solution de Kassovitz par cuillère à café.

17. — La malade a toujours de la peine à marcher.

La région sacrée surtout est douloureuse ; les articulations sont également douloureuses.

19. — La pression sur le bassin et sur le sternum est indolore ; la pression latérale sur les côtes est encore douloureuse, la marche est encore très pénible.

21. — La malade quitte la Maternité ; elle marche encore péniblement ; se plaint de douleurs à la racine des cuisses. L'état général est bon; la malade a pris beaucoup meilleure mine , les muqueuses sont bien colorées. L'appétit est bon.

Toucher : Utérus dévié à droite, dur, indolore, mobile. On sent un bourrelet un peu plus gros à droite qu'à gauche sur le bord latéral de l'utérus, correspondant aux ligatures. Il n'y a pas de changement avec le status d'entrée pour ce qui concerne la forme et les dimensions du bassin. La palpation externe et interne du bassin est indolore. On a l'impression, à la pression, d'avoir entre ses mains un bassin un peu élastique.

L'examen microscopique de la tumeur trouvée dans le ligament large droit, fait par M. le professeur Stilling, révéla du tissu ovarien, des corpora albicantia, un petit kyste folliculaire, mais pas d'ovules ; il n'est pas possible d'affirmer s'il s'agit d'un troisième ovaire ou d'un reste d'ovaire qui se serait développé ultérieurement.

Résumons brièvement l'histoire de la maladie de Mme D... Elle a débuté il y a 6 ans, un an après la dernière grossesse ; depuis ce temps la maladie a fait des progrès rapides, interrompus à une ou deux reprises par des améliorations passagères ; les déformations osseuses ont atteint dans un espace de temps relativement court un degré extrême ; la santé générale de la malade a beaucoup souffert ; c'est dans cet état qu'elle se présente en 1902, à la Maternité. En novembre, opération césarienne et oophorectomie bilatérale ; Mme D... supporte très bien l'intervention, et les résultats de l'opération de Fehling ne se font pas attendre ; 48 heures après, on peut déjà constater une diminution notable des douleurs à la pression des os. En janvier 1903, elle quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant ; la marche, quoique encore un peu difficile à cause des déformations du bassin, s'est beaucoup améliorée. L'état général est très bon.

En juin de la même année, on constate déjà un affaissement, une diminution de la taille de 1 centimètre depuis la dernière visite ; les douleurs n'ont pas reparu, mais on a l'impression que le ramollissement des os a continué. Depuis le mois d'avril, les règles ont recommencé et reviennent régulièrement chaque mois. La taille n'est plus que de 145 centimètres ; l'arc du pubis s'est resserré.

En septembre, la malade écrit que son état a empiré, qu'elle souffre de nouveau beaucoup et ne peut presque plus se mouvoir.

Enfin en février 1904, elle se décide à subir une nouvelle opération ; on trouve dans le ligament large droit une petite grosseur, dans laquelle l'examen microscopique révèle du tissu ovarien. L'opération est très bien supportée ; depuis lors l'état s'est de nouveau amélioré pour subir ensuite une nouvelle aggravation.

Examinons maintenant plus en détail les différentes particularités que ce cas nous offre et les renseignements que nous pouvons en tirer.

Le diagnostic différentiel de la maladie ne nous retiendra pas longtemps ; tout parle pour l'ostéomalacie ; nous n'avons pas à faire ici à l'un de ces cas d'ostéomalacie débutante du bassin, au diagnostic souvent si difficile ; les déformations du thorax sont typiques ; l'anamnèse, le début de la maladie, insidieux d'abord, puis s'aggravant peu à peu, enfin les résultats des deux opérations, tout parle pour l'ostéomalacie puerpérale.

Le cas de Mme D... est un de ces cas sporadiques, comme il ne s'en

présente que fort rarement dans nos contrées. A Genève, où notre malade a habité et où elle a ressenti les premières atteintes de la maladie, l'ostéomalacie est considérée comme une grande rareté ; voici ce que dit le docteur Kummer, à ce sujet : « Ici, à Genève, l'ostéomalacie est excessivement rare ; un de mes confrères gynécologistes m'a assuré n'en n'avoir jamais observé dans notre ville... Il est du reste assez probable qu'une fois l'attention éveillée par le succès thérapeutique, l'ostéomalacie ne s'observe plus souvent chez nous, et qu'ici, comme à Bâle, bien des cas pris pour des rhumatismes chroniques se trouvent être de véritables ostéomalacies. »

L'étiologie de la maladie dans notre cas est, comme toujours, obscure. La malade est originaire du Valais ; le seul fait de quelque importance à relever dans l'anamnèse est le suivant : la malade a habité à Genève pendant cinq mois un rez-de-chaussée humide. Ici les facteurs : grossesses répétées, alimentation insuffisante, n'entrent pas en ligne de compte ; Mme D... n'a eu que deux enfants ; la nourriture a toujours été bonne et suffisante. Jusqu'en 1898, époque où la maladie s'est déclarée, Mme D... a joui d'une bonne santé.

Ces cas sporadiques sont très intéressants, car ils nous démontrent d'une manière évidente que tous les différents facteurs étiologiques invoqués comme causes déterminantes de la maladie n'ont qu'une valeur très secondaire et ne doivent être considérés que comme causes prédisposantes. Cela nous confirme dans l'idée que la cause de la maladie est plus intime et que nous avons à faire avec un trouble dans l'équilibre des diverses fonctions de l'organisme, semblable au diabète, à la maladie d'Addison ou à celle de Basedow.

Ce qui nous intéresse d'abord dans le cas de Mme D..., ce sont les déformations du squelette, en particulier du bassin, et les conséquences peu ordinaires de la castration.

État de 1902 (avant la castration). — Examinons en premier lieu les mesures du bassin ; seule la distance intertrochantérienne et l'écartement des ischions dévient sensiblement de la normale : 28 cm. 8 au lieu de 32 centimètres, et 6 centimètres au lieu de 11. Ces mesures et les suivantes sont celles du status de 1902, avant l'opération césarienne ; dans les status subséquents les mesures du bassin, comme nous l'avons vu, ont subi encore d'assez fortes diminutions.

La diminution de la distance intertrochantérienne est très constante

dans l'ostéomalacie; elle est due au fait que les acetabula se portant en dedans et en avant, les têtes des fémurs suivent le même mouvement et se rapprochent l'une de l'autre.

L'arc du pubis est fortement rétréci; nous verrons qu'il a continué à se rétrécir jusqu'à rendre presque impossible, ou du moins difficile, l'introduction du doigt dans le vagin.

Si les autres mesures externes n'ont pas subi de bien grandes modifications, il n'en est pas de même des mesures internes; l'examen interne donne un conjugué de 8,0-8,2; par conséquent, en déduisant 1 cm.,5-2 centimètres on obtient un conjugué vrai de 6 cm., 5-6 centimètres ; et pour ne tenir compte que de l'espace utile, il faut, dans notre cas, soustraire encore 2 centimètres, correspondant à la longueur du bec symphysien ; le conjugué obstétrical ou conjugué utile serait ici de 4 cm., 5-4 centimètres ; donc indication absolue pour l'opération césarienne, une élasticité même considérable des os ne pouvant, dans un bassin aussi rétréci, permettre un accouchement spontané, et cette élasticité n'existant d'ailleurs pas.

Une autre particularité du bassin de Mme D... nous est fournie par le sacrum qui proémine fortement en arrière (Sitzbecken). Cela est dû au fait que dans les derniers mois la malade restait assise toute la journée sur une chaise; cette déformation ne se rencontre pas chez des malades qui restent couchées. Le sacrum a subi un mouvement de rotation autour de son axe transversal ; tandis que le promontoire s'inclinait en avant et plongeait dans le détroit supérieur sous l'influence de la pression du tronc, la partie inférieure se portait en arrière.

Une photographie Roentgen, prise par M. le professeur Berdez, nous a permis d'étudier d'une manière plus intime les modifications pathologiques du bassin.

Une première photographie faite les premiers jours de janvier 1903 ne donna aucun résultat; les os étaient invisibles presque partout; la seconde photographie faite un peu plus tard est meilleure, bien qu'elle laisse encore à désirer au point de vue de la netteté.

Nous avons cité plus haut l'observation de Gœbel, relative au manque de netteté que présentent les photographies Roentgen d'os ostéomalaciques, manque de netteté qui serait dû à la perte en sels calcaires que ces derniers ont subie.

Malgré son manque de netteté, notre photographie est fort instructive. Ce qui nous frappe, au premier abord, c'est la forme typique, en

feuille de trèfle, du détroit supérieur. Le promontoire proémine fortement; la symphyse est projetée en avant, et forme un bec saillant. Les trous obturateurs sont très allongés; en arrière de ceux-ci on distingue le contour des acetabula qui, au lieu d'être placés latéralement, ont subi un déplacement en avant, mouvement qu'a suivi la tête des fémurs. Tout le bassin fait l'impression d'avoir été comprimé latéralement. Cette compression se traduit sur le squelette par la voussure des branches horizontales du pubis, voussure qui correspond exactement aux cavités cotyloïdes et à la tête des fémurs. Une nouvelle photographie faite en février 1904, moins distincte que la première, nous a permis de constater que le bassin s'est encore rétréci, jusqu'à prendre la forme en Y; le promontoire proémine très fortement.

Deux autres photographies nous ont montré l'aspect que présentait notre malade; la première, vue de dos, permet de constater le manque de proportion entre le haut et le bas du corps; les hanches sont complètement déformées; la taille n'existe plus, la cage thoracique arrivant au contact des crêtes iliaques. Cette photographie nous montre encore d'une manière très évidente la proéminence formée par le sacrum (Sitzbecken des Allemands) ou kyphose sacrale, de même que la lordose compensatrice des vertèbres lombaires.

Sur la seconde photographie, vue de face, nous pouvons constater le sillon formé par les dernières côtes au niveau des crêtes iliaques (Knickungsfurche des Allemands); nous voyons en outre, d'une manière plus évidente que sur la photographie précédente, que les contours de la taille ont complètement disparu; bassin et cage thoracique semblent former un tout. La cuisse gauche présente une forte convexité dans la région antéro-externe, convexité beaucoup moins accentuée à droite.

Nous voyons dans le cas de Mme D... combien il aurait été utile de poser le diagnostic d'ostéomalacie plus tôt; on aurait pu alors très probablement par un traitement approprié arrêter le mal, avant que le désastre ne fût trop grand. Toutes les déformations que nous trouvons chez Mme D... auraient peut-être été évitées, la malade aurait conservé sa taille normale, et ne resterait pas infirme pour la vie. La maladie a débuté par des douleurs dans les jambes, le bassin, le thorax; nous ne savons quel diagnostic fut alors posé; mais cela nous montre que, même lorsqu'on se trouve dans des contrées où l'ostéomalacie n'est pas endémique, il faut penser à cette affection.

Voyons maintenant les résultats de l'opération de Fehling chez notre malade, et tout d'abord ceux de la première intervention, en automne 1902. Ce qui nous frappe en premier lieu, c'est la disparition très rapide des douleurs; 48 heures après l'oophorectomie l'on pouvait constater que la pression sur le thorax était beaucoup moins douloureuse; quatre jours après les os du bassin étaient presque indolores à la pression. Un mois et demi après l'opération, la malade, qui ne pouvait que se traîner péniblement sans lever les pieds du sol, peut monter en voiture et en descendre seule. Deux mois après la castration, la malade a fait beaucoup de progrès, tant au point de vue de la marche que de la santé générale.

État de 1903 (7 mois après la castration). — Mme D... semblait donc en bonne voie de guérison ; mais ce qui est particulièrement intéressant, et ce que nous n'avons trouvé relaté nulle part encore, c'est le fait suivant : la malade s'est présentée à nouveau le 12 juin 1903 à la clinique, soit sept mois après l'opération; l'état général est très bon ; elle peut marcher sans aucune douleur, la démarche est toujours canetante, mais s'est sensiblement améliorée. Depuis le mois d'avril les règles ont réapparu, aussi abondantes et avec les mêmes caractères qu'autrefois. La taille a encore diminué ; elle mesure maintenant 1 m, 45 au lieu de 1m,46. L'arc du pubis s'est rétréci, et permet tout juste l'introduction du doigt ; l'écartement des branches verticales de la symphyse mesure 2 centimètres.

Les mesures du bassin sont les suivantes :

Sp.	22,3	au lieu de	25,0.
Cr.	28,3	»	29,2.
Tr.	26,4	»	28,8.
Bd.	17,6	»	18,2.

L'examen interne donne les résultats suivants :

Portion très petite, de forme conique, orifice externe fermé ; utérus petit. Derrière la portion on sent une proéminence dure, osseuse, qui plonge dans le détroit supérieur; cette proéminence n'existait pas au premier examen. Cet engagement du promontoire dans le bassin, ainsi que la diminution de toutes les mesures du bassin, prouvent, d'une manière évidente, que la maladie a continué à évoluer, que les os ont continué à se ramollir. Le bec symphysien proémine très fortement.

Malgré ce retour des règles et la persistance du ramollissement des os, la malade va bien jusqu'en septembre de la même année ; mais à partir de ce moment les douleurs réapparaissent, aussi violentes qu'autrefois ; la marche redevient très pénible, presque impossible ; lors d'une visite que je fis à cette époque à la malade, je pus constater un changement évident dans son état depuis le mois de juin ; la pression sur les os était de nouveau très douloureuse.

Gelpke rapporte le cas d'une femme opérée en 1887 à Bâle pour ostéomalacie. Elle ressentit une grande amélioration après la castration ; trois ans après, cependant, elle était dans le même état qu'avant l'opération, avec douleurs dans le dos et les jambes. Cette femme, dit Gelpke, est probablement rentrée trop tôt chez elle, où elle se trouvait dans de mauvaises conditions hygiéniques, dans un temps où elle portait encore trop de germes de maladie, sous forme de points douloureux dans le squelette, qui s'enflammèrent à nouveau, lorsque la malade reprit sa vie active, avec mauvaise nourriture. Aussi longtemps que le squelette n'est pas consolidé, il doit être soustrait à toute influence néfaste.

Sans vouloir discuter ici l'explication que donne Gelpke de cette « récidive », nous avons à nous demander à quoi nous devons l'attribuer dans notre cas. Comment, en effet, expliquer ce fait étrange ? La première pensée qui s'offrait à l'esprit était qu'il restait encore un peu de substance ovarienne, ou bien que l'on avait à faire avec un de ces cas rares d'ovaire aberrant, inclus dans le ligament large. Le retour des règles, le ramollissement des os qui continuait sa marche, permettaient de conclure en faveur de l'une ou l'autre de ces suppositions. Mais alors pourquoi cette diminution évidente des douleurs de suite après la castration se maintenant pendant 9 à 10 mois ? Pourquoi la marche impossible auparavant était-elle redevenue possible ? Pourquoi enfin cette amélioration de l'état général ?

Il semble que, s'il était resté une partie de l'ovaire, la maladie aurait dû suivre son cours sans être influencée en aucune manière, car c'est un fait connu qu'un reste d'ovaire peut fonctionner comme un ovaire entier. Si nous admettons, au contraire, la présence d'un ovaire supplémentaire, nous pouvons mieux comprendre la série des phénomènes qui se sont succédé ; à la suite de la castration, le troisième ovaire, qui n'avait probablement jamais fonctionné, n'a pu tout de suite le faire normalement ; il s'est passé quelques mois pendant lesquels il a préparé sa

fonction, si j'ose m'exprimer ainsi ; nous avons d'ailleurs dans l'organisme des exemples analogues de glandes ou d'organes pairs, dont l'un peut prendre sur lui la fonction de l'autre, lorsque l'un des deux vient à manquer pour une cause quelconque (reins, testicules, etc). Ainsi s'expliquerait l'amélioration passagère produite par la castration, puis la rechute due au fait que l'ovaire aberrant s'est mis à fonctionner en lieu et place des deux ovaires manquants.

Reconnaissons que ce n'est qu'une hypothèse; qu'on attribue la récidive à un reste de tissu ovarien ou à la présence d'un troisième ovaire, peu importe; ce fait demeure que dans l'un ou l'autre cas la substance ovarienne semblait être cause de la rechute.

L'examen microscopique de la petite tumeur trouvée dans le ligament large, examen fait par M. le professeur Stilling. ne permet pas de conclure d'une manière précise en faveur de l'une ou de l'autre des deux alternatives. Il révéla du tissu ovarien, des corpora albicantia, un petit kyste folliculaire, mais pas d'ovules. On ne peut affirmer, dit M. le professeur Stilling, d'après le résultat de l'examen microscopique, s'il s'agit d'un troisième ovaire, ou d'un reste d'ovaire qui se serait développé ultérieurement; ce fait, qui a été démontré par Ponfick pour le foie et par Stilling pour les capsules surrénales, n'a pas été prouvé pour les glandes génitales.

En ce qui concerne la formation de ces ovaires accessoires, L. Seitz nous donne dans ses conclusions un bon aperçu de la question :

« *A*. Des ovaires surnuméraires, en tout semblables aux deux autres ovaires, sont très rares; on en connaît cinq cas, et le plus souvent ils sont accompagnés d'un dédoublement des trompes; il s'agit dans ce cas d'une malformation per excessum.

« *B*. Des ovaires accessoires qui ne possèdent pas la même indépendance quant à leurs fonctions peuvent se produire de différentes manières :

« 1° à la période fœtale, par bourgeonnement du tissu conjonctif et inclusion de substance ovarienne; ils sont alors rétro-péritonéaux lorsque la séparation a lieu de bonne heure, ou bien intra-ligamentaires lorsque le repli du péritoine est déjà formé, ou bien enfin intra-péritonéaux attenant encore à l'ovaire normal, ou complètement séparés de celui-ci;

« 2° à la période post-fœtale, par un processus pathologique.

« *C*. Il arrive quelquefois que ces ovaires naissent de restes de l'épithélium primitif. sous forme de nids d'ovules, ou de follicules primitifs, dans le ligament large. »

Nous avons donc probablement ici un de ces cas rares d'ovaires accessoires, et cela chez une femme ostéomalacique. Je n'ai trouvé nulle part dans la littérature un exemple de ce genre.

L'attention ayant été attirée sur cette possibilité, on verra peut-être le nombre, d'ailleurs restreint, des castrations pour ostéomalacie qui restent sans effet, diminuer, et le nombre des guérisons augmenter.

Lejars, au sujet du retour des règles après la castration, s'exprime de la manière suivante :

« Je sais bien qu'il existe un certain nombre de faits authentiques, non seulement de menstruation persistante, mais de grossesse, après l'ovariotomie double. Tout récemment M. Meredith publiait une observation de grossesse consécutive à l'ablation de deux kystes dermoïdes ovariens ; en 1902 M. A. Doran avait relaté un fait du même genre : Une femme de vingt-cinq ans est opérée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche ; elle accouche quatre fois à terme dans les années qui suivent ; à trente-neuf ans, on enlève un second kyste de l'autre ovaire : une cinquième grossesse se produit et se termine, elle aussi, normalement.

« Le retour des règles, sans grossesse, après l'ablation bilatérale des annexes, n'est pas absolument exceptionnel. J'ai observé pareil fait chez la femme d'un confrère, qui avait deux énormes pyosalpinx, fermés tous deux, adhérents et entourant de telle façon l'ovaire que tout essai de conservation avait semblé trop périlleux et trop malaisément réalisable ; j'avais donc pratiqué l'extirpation bilatérale, par section directe du ligament large, ligature isolée des vaisseaux sur la tranche et péritonisation. La jeune femme guérit sans incident et nous avions pris toutes sortes de précautions pour lui annoncer que les règles reviendraient sans doute, mais plus tard, en petite quantité, etc., afin de la préparer à l'irréparable. Or, au bout de deux mois, la menstruation se rétablissait, plus régulière peut-être et plus abondante qu'avant l'opération, et, depuis, elle n'a pas cessé. »

On a donné, de ces surprises, diverses explications : ovaires surnuméraires ; conservation dans le moignon annexiel, au-dessous d'une ligature en masse, d'un segment, d'une coque de tissu ovarien ; prolongement du même tissu dans le ligament de l'ovaire, qui reste intact, lorsqu'on « fait le pédicule » assez loin de l'utérus. Cette dernière hypothèse paraît la plus vraisemblable à M. Doran et à M. Meredith ; je me garderais d'insister et je n'ai pas besoin de dire qu'on ne saurait, en pratique, tenir aucun compte de ces éventualités tout exceptionnelles.

Le résultat de la seconde intervention fut également bon au début; l'état général s'est sensiblement amélioré ; la pression sur le bassin, qui était très douloureuse, ne l'est plus; la marche, encore difficile, s'est cependant améliorée.

Il est bien évident que les déformations du squelette, lorsqu'elles ont atteint un degré aussi avancé, ne peuvent plus disparaître et que notre malade restera toujours infirme.

En ce qui concerne les déformations osseuses, il me semble que l'on pourrait y remédier en une certaine mesure, si après la castration, lorsque les os sont encore mous, on laissait les malades plus longtemps au lit, en les soumettant à une légère extension, portant sur la colonne vertébrale, et en aidant la consolidation du squelette par un traitement phosphoré et une bonne alimentation.

Un fait à remarquer dans notre cas, c'est que la marche se soit améliorée, tandis que le bassin continuait à se modifier (l'arc du pubis large en 1902 de 5 centimètres ne mesure plus que 2 centimètres en 1903; la distance intertrochantérienne a diminué de 2 cm. 4). Cela nous montre que ce sont plutôt les douleurs que les déformations du bassin qui empêchent la marche; car, avec la disparition des douleurs, cette dernière redevient possible. Le rapport entre les douleurs et la marche se trouve indiqué dans tous les cas guéris par l'oophorectomie; les deux symptômes vont de pair; nous ne voulons cependant pas dire par là que les déformations du bassin n'influent pas sur la marche, surtout dans un cas comme celui de Mme D..., où ces déformations sont extrêmes.

L'examen des urines chez notre malade n'est pas concluant, comme est d'ailleurs toujours le cas dans l'ostéomalacie. L'analyse des urines a été faite deux fois; l'examen avant l'opération n'a pu être fait, la malade étant entrée à la Maternité peu d'heures avant le début du travail. Voici les résultats des deux analyses ; nous mettons en regard la teneur normale de l'urine, en urée, chlorure de sodium, phosphates, etc. :

20 *décembre* 1902.

Poids spécifique à 15°.	1 gr., 012		normal	1 gr.,	018
Urée par litre.	11	»	—	18	75
Chlorure de sodium	5	7 1/00	—	5	21
Sulfate	1	5	—	3	208
Phosphates au total 1, 3 = 0, 70 acide phosphorique			—	2	08
— alcalins 0, 9 = 0, 48 — —					
— terreux 0, 4 = 0, 22 — —					
Carbonates . . . 0.					

Réaction assez nette de l'acide lactique. Pas de sucre, mais des traces d'albumine.

Acide urique : quantité impondérable.

Pas de réaction de l'indican.

31 *décembre* 1902.

Poids spécifique	1 gr., 016.		
Urée	14	»	
Chlorure de sodium. . .	5	7	
Sulfates	1	5	
Phosphates.	3	90 = 2, 10	acide phosphorique.
— alcalins. . .	1	30 = 0, 70	— —
— terreux. . .	2	60 = 1, 40	— —

Acide lactique : réaction faible.

Pas de sucre, ni d'albumine.

Absence d'acide urique.

Nous voyons que les résultats en ce qui concerne la teneur en acide phosphorique, à 11 jours de distance, sont très variables. Au premier examen nous avons 0,70 d'acide phosphorique; au second examen 2,10, c'est-à-dire le triple; d'autre part, les quantités d'urine excrétée ont été très variables, ce qui explique en partie les différences considérables que nous obtenons.

Les deux analyses nous ont fait constater la présence d'acide lactique dans l'urine, confirmant ainsi les résultats obtenus par d'autres. Par contre, l'analyse des urines de février 1904 n'a révélé aucune trace d'acide lactique.

L'*examen microscopique* des ovaires nous a donné les résultats suivants : Ce qui frappe tout d'abord, c'est le développement, dans la substance médullaire, des vaisseaux sanguins; leurs parois semblent un peu épaissies; à l'intérieur encore beaucoup de globules rouges. A d'autres endroits, au contraire, les différentes couches : adventitia, media, intima se confondent, et ne forment plus qu'une masse homogène, hyaline, d'où les noyaux ont en grande partie disparu. Cette modification fut décrite simultanément par von Velits et Rossier. A côté de la dégénérescence hyaline des vaisseaux le tissu conjonctif qui les entoure a subi la même transformation.

Hypérémie et développement exagéré des vaisseaux d'une part, dégénérescence hyaline des vaisseaux et du tissu conjonctif qui les entoure

d'autre part, telles sont les modifications pathologiques que l'examen des ovaires nous a révélées.

A la date du 6 avril 1905, Mme D... répondait par les lignes suivantes à une lettre où je lui demandais de ses nouvelles :

« Je viens par la présente vous donner de mes nouvelles. Depuis ma dernière opération, la marche a toujours été pénible; les douleurs n'ont guère diminué, et la déformation des os continue; j'ai sur la poitrine une bosse de la grosseur d'un poing, qui s'est développée depuis l'opération. Les pertes sont moins régulières, et de moins longue durée, mais elles paraissent toujours tous les deux à trois mois. Depuis le commencement de l'automne, les douleurs dans le bassin et le dos étaient si fortes que je ne pouvais plus me tenir debout. Depuis la fin d'octobre je suis au lit; j'ai eu froid, et j'ai beaucoup toussé pendant un mois, et maintenant le plus petit courant d'air ou une boisson un peu froide provoquent des accès de toux. Je garde le lit, et j'attends avec impatience le retour de la chaleur, afin d'essayer de marcher. »

Nous nous trouvons pour la seconde fois chez notre patiente en présence d'une récidive; les déformations osseuses ont continué; les règles ont réapparu, quoique moins fortes et moins régulières qu'auparavant.

Que conclure de ces faits?

Nous avons affaire ici avec un cas particulièrement malin d'ostéomalacie puerpérale, et rebelle au traitement chirurgical.

Le nombre des cas d'ostéomalacie guéris par l'oophorectomie bilatérale est maintenant assez grand, pour qu'un cas tel que le nôtre ne soit considéré que comme une exception très rare, qui n'infirme nullement la valeur de l'opération de Fehling.

La cause de ces récidives reste inconnue; mais ces cas incurables ajoutent un intérêt de plus à la question si captivante de l'ostéomalacie et nous permettront peut-être une fois, par cette voie détournée, de mettre enfin le doigt sur la cause première de cette curieuse maladie.

Dans le cas qui nous occupe, nous avons donc une forme rapidement progressive d'ostéomalacie; la maladie a évolué en très peu de temps, et n'a fait que s'accentuer, avec cependant une légère amélioration pendant l'été 1899. En quatre ans, espace de temps relativement court, les déformations du squelette ont atteint un degré très avancé, les douleurs sont toujours allées en augmentant. C'est donc un cas grave d'ostéoma-

lacie, une forme que nous rangerions parmi les formes dites malignes. Ce fait et le degré de rétrécissement du bassin d'une part, d'autre part l'état de grossesse à terme où se trouvait notre malade, ne laissaient d'autre alternative que l'opération césarienne avec oophorectomie bilatérale.

Une question se pose. Doit-on faire l'opération césarienne conservatrice avec castration, ou bien l'opération de Porro? Les avis diffèrent sensiblement sur ce sujet; tandis que les uns, trop absolus, repoussent l'opération conservatrice, comme étant beaucoup plus dangereuse que le Porro, les autres réduisent les indications du Porro à un nombre de cas très restreint. Les objections que l'on fait à l'opération conservatrice sont les suivantes : danger d'atonie de l'utérus, hémorragie post-opératoire, relâchement des sutures utérines, danger plus grand d'infection.

Autrefois ces objections avaient de la valeur; aujourd'hui nous ne pouvons les admettre complètement. En effet, la technique opératoire, l'asepsie et l'antisepsie ont fait de tels progrès que ces objections tombent en grande partie. Nous réservons l'opération de Porro pour tous les cas arrivant infectés à la clinique, ou bien lorsque l'accouchement dure depuis longtemps, et que la femme a déjà été examinée plusieurs fois, c'est-à-dire lorsqu'on a des raisons de croire qu'une infection est *possible*. Par le traitement extra-péritonéal du moignon on éloigne ainsi toute source d'infection. Si au contraire la malade arrive à temps à la clinique, et que sa température soit normale, nous préférons l'opération classique. Il est d'ailleurs difficile de trancher la question d'une manière absolue, car chaque opérateur a sa méthode de choix.

CANCER DU COL ET GROSSESSE. HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

Par M. Auguste POLLOSSON,
Chargé du cours de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Lyon.

J'ai eu l'occasion récemment de pratiquer une hystérectomie abdominale pour un cancer du col chez une femme enceinte de 4 mois. Je désire, en rapportant cette observation, la faire suivre de quelques considérations sur la conduite à tenir dans des cas analogues.

Observation. — Mme D..., femme Ch..., âgée de 34 ans, mariée à 26 ans, a eu 4 enfants, le dernier il y a 3 ans. Jamais de fausse couche. Elle est donc actuellement dans sa cinquième grossesse. Les dernières règles ont eu lieu le 1er novembre 1904 et l'intervention le 7 mars 1905.

Les signes du néoplasme d'après les commémoratifs sont antérieurs de deux mois à la grossesse. Pertes sanguines après le coït, petites hémorragies irrégulières entre les époques, pertes blanches à odeur légèrement fétide. Depuis le mois de novembre, il y a eu encore des pertes irrégulières, mais qui n'ont jamais eu le caractère et la régularité des règles. Amaigrissement. Pâleur. A l'examen on constate un globe utérin dont le développement correspond à une grossesse de 4 mois. Le col est détruit en grande partie par un néoplasme bourgeonnant dont la surface malade atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs ; les deux lèvres sont envahies.

Opération le 7 mars 1905. — Dans un premier temps on fait un raclage et une cautérisation au thermo-cautère de la surface du néoplasme.

On se rend compte à ce moment que la tumeur s'étend dans la direction de la vessie et on prévoit de ce côté des difficultés opératoires.

Laparotomie (M. Aug. Pollosson). Incision médiane remontant au-dessus de l'ombilic. L'utérus est attiré au dehors. On fait la ligature du ligament large droit et du ligament rond correspondant. Même conduite du côté gauche.

A ce moment on incise le péritoine dans le cul-de-sac vésico-utérin ; on décolle la vessie avec une facilité remarquable. En poursuivant le décollement à droite et à gauche, on voit très nettement les utérines dont le volume est notablement augmenté et sur lesquelles on place des ligatures isolées. Latéralement le clivage de l'utérus se fait avec une facilité notablement plus grande que dans les opérations semblables, en dehors de la grossesse, au point qu'il ne semble pas nécessaire de faire une dissection minutieuse des uretères, qui se trouvent évidemment en dehors du décollement pratiqué. On complète en arrière la section du péritoine au fond du Douglas.

Le vagin étant libéré de tous côtés dans sa moitié supérieure est saisi transversalement par une grande pince coudée, au-dessous de laquelle est pratiquée la section. Le vagin est repéré avec des pinces. L'utérus est donc extirpé en totalité sans césarienne préalable et, d'autre part, le cancer est enlevé *en vase clos*, grâce à l'ablation concomittante du dôme vaginal. On place dans la portion inférieure du vagin une mèche par-dessus laquelle on suture le péritoine pelvien et la paroi abdominale est réunie par trois plans de suture. Dans une exploration de la paroi postérieure du pelvis on ne constate la présence d'aucun ganglion.

L'opération a duré dans l'ensemble 1 h. 10.

Il est évident qu'elle a été plus facile qu'une opération semblable en dehors de la grossesse.

A l'examen de la pièce on constate que l'induration cancéreuse se trouve très notablement dépassée dans tous les sens ; la section de la tranche vaginale dépasse l'ulcération cancéreuse de 2 centimètres dans tous les sens. A l'examen histologique on constate qu'il s'agit d'un épithélioma du type ectodermique. Les suites opératoires ont été tout à fait simples. La température est montée le lendemain soir à 38°,2 et le jour suivant, après l'ablation de la mèche, à 38°,4 (temp. rectale). A partir de ce moment-là elle a oscillé entre 37 et 37°,6 (1).

Je crois intéressant de reproduire ici une autre observation personnelle publiée dans la thèse de Gailly (Lyon, 1900).

Obs. — Il s'agissait d'une femme de 21 ans qui se trouvait déjà dans sa quatrième grossesse. Les premiers symptômes du néoplasme remontaient à 8 mois au moment de l'opération et la grossesse était de 5 mois. A 2 mois et demi de grossesse, cette malade fut traitée par M. le docteur Condamin, qui avait renoncé à une intervention et avait pratiqué sur le col des cautérisations au chlorure de zinc. Les pertes reparurent bientôt accompagnées de douleurs violentes et constantes qui lui firent réclamer une intervention. Elle fut opérée par M. Aug. Pollosson en février 1900. La surface cancéreuse occupait une surface comme la paume de la main ; mais les culs-de-sacs vaginaux étaient restés souples et les ligaments larges ne paraissaient pas envahis. Raclage de la tumeur. On essaie de pratiquer la *péritomie*, c'est-à-dire l'incision circulaire des culs-de-sacs vaginaux ; les dimensions du vagin très large en haut, étroit à la vulve, la rendent impossible. On doit se borner à ouvrir le cul-de-sac postérieur et à amorcer l'ouverture du cul-de-sac antérieur sans toucher aux latéraux.

On pratique alors une laparotomie et l'on enlève l'utérus et son contenu par

(1) Cette malade est revenue les premiers jours de juin, 3 mois après l'opération, présentant une récidive dans la base du ligament large droit. Une nouvelle opération a été pratiquée par voie abdominale. La masse néoplasique enlevée représente le volume d'une noix. On a du réséquer 4 centimètres de l'uretère droit et une surface assez étendue de la paroi postérieure de la vessie. La malade a guéri de cette nouvelle intervention et a quitté le service en conservant une fistule vésico-vaginale, qui sera ultérieurement traitée.

une hystérectomie totale. Au cours des manœuvres il se fit une déchirure dans le tissu cancéreux, on dut extirper secondairement le reste de la masse néoplasique, toujours par voie abdominale. Au cours de ces manœuvres la vessie fut ouverte. On la referma par une suture à deux plans. On termina en faisant un drainage abdomino-vaginal et un tamponnement à la Mikulicz.

Les suites opératoires furent tout à fait simples. L'état général s'améliora et les douleurs disparurent, mais 3 mois après l'opération une récidive eut lieu dans la cicatrice vaginale.

Le cas le plus récent se présente dans des conditions plus favorables que le premier. D'autre part, l'opération a été faite avec une technique plus régulière.

Cette observation permet quelques réflexions générales sur la conduite à tenir dans les cas de cancer et grossesse.

Tout d'abord peut-on, dans ces cas, avoir recours à un traitement opératoire?

En 1898, M. Maygrier écrit dans le traité de Tarnier et Budin :

« L'intervention chirurgicale ayant pour but l'ablation du cancer du col chez les femmes enceintes gagne, d'après ce que nous avons dit, chaque jour du terrain. Mais cette pratique soulève néanmoins plus d'une objection. Ce qu'on peut lui reprocher, c'est de précipiter la mort de quelques femmes et de compromettre la vie d'un grand nombre d'enfants quand l'opération est faite avant le terme de la grossesse ; c'est, en outre, de ne procurer le plus souvent qu'une guérison opératoire éphémère, car presque toujours les opérées succombent à bref délai par récidive du cancer. »

Assurément, l'extraction d'un fœtus à travers un col cancéreux offre au moins autant de dangers.

En présence d'une alternative aussi fâcheuse, ne convient-il pas de préférer l'opération césarienne pratiquée quelques jours seulement avant le terme de la grossesse ?

Bon nombre d'accoucheurs le pensent et c'est l'opinion que Varnier émettait en 1895 devant la Société obstétricale de France.

Pourtant, en 1894, dans un travail paru dans les *Annales de gynécologie*, Hernandez, se basant sur les observations de Mackenrodt, avait conclu pour l'intervention immédiate si le cancer est opérable. Il conseillait l'hystérectomie vaginale dans les trois premiers mois de la grossesse et l'hystérectomie abdominale à partir du quatrième.

En 1901, MM. Bouilly et Pinard avaient exprimé devant la Société

d'obstétrique de Paris une opinion négative à l'occasion d'un cas présenté par M. Legueu. Considérant la gravité des opérations, mais surtout la fréquence des récidives, ces auteurs ont préconisé l'abstention systématique.

Nous ne pouvons souscrire à une opinion aussi découragée, et déjà en 1900 nous pensions que « lorsque le cancer peut-être considéré comme opérable, il faut intervenir sans retard et ne pas hésiter, si c'est nécessaire, à sacrifier l'enfant ». Cette opinion mériterait à peine d'être émise: mais, en France, les partisans de l'abstention sont encore nombreux et les cas d'intervention sont rares.

En Allemagne la question est depuis longtemps tranchée dans le sens interventionniste. Dans le livre classique de Veit, O. Sarwey écrivait en 1899 un article documenté sur le traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse. A cette époque des cas déjà nombreux avaient donné non seulement des résultats opératoires satisfaisants mais des guérisons durables.

Postérieurement, les travaux de Hense (1), de Glockner (2), d'Orthmann (3), de Carstens (4), ont apporté de nouveaux faits qui confirment la possibilité de résultats durables.

Récemment MM. R. et A. Condamin (5) ont rassemblé les cas publiés auxquels ils ont ajouté trois cas personnels et sont venus défendre en France la thèse interventionniste.

Il faut discuter à présent quelle est la voie chirurgicale par laquelle on doit aborder les cancers compliqués de grossesse. O. Sarwey dans son article de 1899 résumait la question de la façon suivante :

Pendant les quatre premiers mois (mois lunaires de 28 jours), l'accord est fait, on recommande l'hystérectomie vaginale totale exécutée sans retard et le plus largement possible.

Pendant les 5e, 6e et 7e mois (toujours mois lunaires) les conduites varient.

a) Certains auteurs font l'hystérectomie abdominale totale.

b) D'autres font une hystérectomie abdominale vaginale combinée, enlevant par l'abdomen le corps utérin et extirpant par le vagin le moignon cervical.

(1) Hense, *Zeit. f. Gyn. und Geburt.*, 1901.
(2) Glockner, *Beiträge Hegar's*, Bd. VI, 1902.
(3) Orthmann, *Monatschr. f. Z. und G.*, Bd. XVIII, 1903.
(4) Carstens, *American journal of obst.*, 1904.
(5) Condamin, *Annales de gynécologie*, mars 1905.

c) Un troisième groupe de chirurgiens pratique l'hystérectomie vaginale totale immédiatement après l'avortement provoqué ou spontané.

Quant à la conduite ancienne d'après laquelle on provoquait l'avortement pour pouvoir, quelque temps après, faire l'hystérectomie vaginale, on considère que cette méthode en deux temps doit être laissée de côté et remplacée par une des conduites précédentes.

Pendant les 8e, 9e et 10e mois (lunaires) de la grossesse, le fœtus est viable, on doit considérer les deux vies de la mère et de l'enfant. On pratique alors une césarienne abdominale ou vaginale et l'utérus est extirpé soit par voie vaginale, soit par voie abdominale, soit par voie combinée.

Je ne parle pas des cas de cancers inopérables où la vie de l'enfant devient la préoccupation dominante. Dans ces dernières années, c'est l'hystérectomie vaginale qui a été pratiquée le plus souvent et avec le plus de succès. On s'est aperçu d'une façon progressive que la voie vaginale était applicable dans des cas où primitivement on croyait son utilisation impossible. Les conditions particulières résultant de la grossesse, la souplesse de la vulve et du vagin, le clivage plus facile de l'utérus au niveau des ligaments larges ont étendu le domaine primitif de l'hystérectomie vaginale. Dans leur article déjà cité, MM. R. et A. Condamin se déclarent partisans presque exclusifs de l'opération vaginale. A l'heure actuelle, les observations d'hystérectomie vaginale sont les plus nombreuses ; ce sont elles qui ont donné le plus grand nombre de succès opératoires et aussi de guérisons définitives. Les observations d'hystérectomie abdominale sont moins nombreuses, la mortalité est plus considérable, les récidives plus fréquentes. Si l'on jugeait la question par les documents actuels, elle devrait être tranchée en faveur de l'hystérectomie vaginale.

D'après un rapide aperçu jeté sur la littérature, nous trouverons 21 cas d'hystérectomie abdominale totale depuis 1882 (Sp. Wells) jusqu'en 1900, pour cancer du col et grossesse.

6 morts opératoires (Schroeder, Brichoff, Fochier, Grapow, Mackenrodt, de Boucaud), 13 récidives dans moins des neuf mois qui suivent (Hofmeier, Sp. Wells, Mackenrodt, von Ott (2), Freisch 2), Delanglade, Lequen, Pollosson, Cullen (2), 2 cas d'absence de récidives constatées l'une 9 mois après (Mackenrodt), l'autre 3 ans et demi après l'intervention (Dœderlein), tel était à cette date le bilan de l'hystérectomie abdominale pour cancer du col et grossesse.

Mais je crois qu'il y a lieu de tenir compte, à l'heure actuelle, de considérations autres que celles qui se dégagent des observations.

Si l'on envisage la question générale de l'hystérectomie pour cancer en dehors de la grossesse, je suis convaincu que le mouvement actuel de la chirurgie nous entraîne vers l'adoption plus fréquente, peut-être exclusive, de l'hystérectomie abdominale. Il n'y a pas de doute que l'opérabilité est plus étendue par les opérations abdominales, et cette même opérabilité plus grande s'applique évidemment aussi aux cas de cancers compliqués de grossesse. Nous voyons en effet des chirurgiens partisans de la voie vaginale attaquer par la voie haute des cas qui leur ont semblé inopérables par le vagin.

L'opération se fait d'une manière plus complète, les limites du mal sont plus largement dépassées, le parametrium est enlevé d'une façon plus étendue, des ganglions peuvent être extirpés, et si l'on procède en fermant le vagin par des pinces avant de le sectionner, les greffes opératoires, sources de récidives fréquentes, sont plus sûrement évitées.

Toutes ces considérations s'appliquent évidemment aux cancers compliqués de grossesse.

Quant aux résultats opératoires, ils doivent bénéficier d'une façon évidente de la technique meilleure des méthodes nouvelles. Si les résultats des opérations abdominales sont, à l'heure actuelle, dans leur ensemble si mauvais, c'est qu'on leur a réservé les cas les plus défavorables ; c'est aussi parce qu'il faut compter un grand nombre d'observations anciennes pratiquées avec une technique et dans des conditions chirurgicales tout à fait défavorables.

Nous croyons qu'à l'avenir et dès l'heure présente nous devons faire bénéficier les cancers utérins compliqués de grossesse des avantages de la voie haute.

Quant aux opérations combinées consistant en une amputation supravaginale faite par l'abdomen, et une extirpation consécutive du moignon par le vagin, elles nous semblent plus voisines des interventions vaginales pures que des hystérectomies abdominales avec les techniques modernes.

Dans ces extirpations vaginales du moignon on ne fait point la libération des uretères, et pour cette raison on ne peut pas pousser aussi loin l'extirpation de la base des ligaments larges qui constitue l'avantage principal des opérations par voie haute.

FIBROMES ET CANCER UTÉRINS[1]

Par G. PIQUAND, ancien interne lauréat des hôpitaux,
chef de clinique adjoint à la Faculté.

(*Suite.*)

II. — Coexistence de fibrome et d'épithélioma.

A côté des cas très rares que nous venons d'étudier, dans lesquels un épithélioma se développe dans un fibro-myome, il en est d'autres plus nombreux où il y a simplement coexistence de fibrome et d'épithélioma.

Dans toutes les observations publiées, l'évolution est la même : un fibrome apparaît d'abord, puis, au bout d'un temps plus ou moins long, un épithélioma apparaît dans la muqueuse utérine, et se développe à côté du fibrome qu'il peut envahir secondairement, mais dont il reste le plus souvent isolé.

Dans ces cas, il est évident que l'on ne peut même pas songer à l'idée d'une transformation du fibro-myome, mais on peut se demander si la présence du fibrome ne joue pas un certain rôle dans la dégénérescence maligne de la muqueuse utérine.

Pour résoudre cette question il nous semble qu'il y a intérêt à séparer les cas de coexistence de fibrome et de cancer en deux classes et à étudier successivement :

1° Les cas de coexistence de fibrome et de cancer du corps de l'utérus;

2° Les cas de coexistence de fibrome et de cancer du col de l'utérus.

1°. — Coexistence de fibrome et de cancer du corps de l'utérus.

La coexistence de fibrome et de cancer du corps de l'utérus n'est pas rare, nous avons pu en réunir 179 observations. Cette coexistence a été expliquée de deux façons par les auteurs qui ont étudié la question.

Les uns avec Boetticher, Wagner, Wahrendorff, Richelot, Jacobs, admettent que le fibrome prédispose au cancer du corps de l'utérus et provoque son apparition. Les autres avec Winkel, Schramm, Nicaise,

---

(1) Voir : *Annales de Gynécologie*, juillet 1905.

[illegible] par le Bourrami [illegible] par [illegible] ou une simple [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] femmes atteintes [illegible] [illegible] [illegible]

[illegible] : [illegible] que le seul moyen est le [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

Pollosson (1) a rencontré 2 fois un cancer du col sur 50 fibromes.

Noble (2) sur 218 fibromes a rencontré 3 cancers du corps et 4 cancers du col.

Mary Scharlieb (3) et Frederick (4) ont opéré le premier 100 et le deuxième 125 fibromes ; ils ont rencontré 11 fois la coexistence de cancer du corps et 4 fois la coexistence de cancer du col.

Olshausen (5) a vu 6 fibromes compliqués de cancer sur 195 qu'il a opérés.

Hunner (6) sur 100 fibromes a trouvé 4 cancers, 2 du corps et 2 du col.

Ellice Mac Donald (7) a opéré 280 fibromes et a observé en même temps 6 cancers du corps et 2 du col.

Haultain (8) sur 120 fibromes opérés a vu 5 cancers du corps et 1 du col.

Dans le service de M. Quénu à Cochin, sur 94 fibromes opérés de 1898 à 1903 nous avons trouvé 3 cancers du corps de l'utérus.

En additionnant tous les chiffres précédents nous arrivons à un total de 3.230 fibromes sur lesquels 96 s'accompagnaient de cancer, 48 du corps et 48 du col. Nous pouvons en conclure que sur 1.000 fibromateuses 30 sont atteintes de cancer utérin, le cancer du corps et le cancer du col se rencontrant chez elles à peu près avec la même fréquence (9).

Si maintenant nous recherchons quelle est la fréquence du fibrome chez les femmes atteintes de cancer de l'utérus, nous trouvons des chiffres très variables suivant les auteurs.

---

(1) Pollosson, in Pellanda, Thèse de Lyon, 1905.

(2) Noble, The Complications and degeneration of Fibroid tumors, *American Journal of obstetrics*, septembre 1901, p. 289.

(3) Mary Scharlieb, An Analysis of one Hundred Cases of Fibromyomata Uteri, *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1902.

(4) Frederick, A Shidy of Uterine Fibromyomata with Especial Reference to their Degeneration and Complications, *American gynecology*, 1902, v. I, p. 255.

(5) Olshausen, *Handbuch der Gynækology*, t. II, p. 663.

(6) Hunner, One Hundred Cases of Fibroid Tumors. Paper read before the *Southern Surgical and Gynecological Society*.

(7) Ellice Mac Donald, Complications and Degenerations of Uterine Fibromyomata, *Albany Medical Annals*, juillet 1904, v. XXV, n° 7.

(8) Haultain, Malignant Uterine Complications of Fibromyomata of the Uterus, *Journal of Obstetrics and Gynekologie*, 1904, p. 120.

(9) Cette proportion est exactement la même que celle que nous avons indiquée précédemment en nous appuyant sur un nombre moindre de cas, elle est légèrement inférieure à celle donnée par M. Legueu (14 p. 100) à la Société de Chirurgie, 18 novembre 1903.

Jacobs, dans un article sur le traitement du cancer utérin par hystérectomie abdominale (1), rapporte 3 observations de cancer du corps dont 1 avec fibrome.

Monprofit (2) a opéré 5 cancers du corps : aucun ne s'accompagnait de fibromes.

Freund (3) rapporte 7 cas d'hystérectomie pour cancer du corps dont 2 avec fibromes. Segond (*in* thèse Bigeard) a opéré 26 cancers du corps dont 8 avec des fibromes assez volumineux et 2 avec de petits nodules fibromateux. Tesson (dans sa thèse) rapporte 33 observations de cancer du corps de l'utérus dont 3 avec fibromes.

Boissier (4) rapporte 11 observations de cancer du corps de l'utérus dont 2 avec fibromes.

Bisch (5) rapporte 25 observations de cancer du corps sans aucun cas de fibromes concomitants. Dans le service de M. Quénu à Cochin, de 1898 à 1904, nous avons trouvé 8 cas de cancer de corps de l'utérus avec 3 cas de coexistence de fibromes.

Sur 9 cancers du corps qu'il a opérés, Haultain (6) en a trouvé 3 associés à des fibromes assez volumineux pour être sentis par la malade ; dans un quatrième cas la paroi utérine renfermait un petit nodule fibromateux passé inaperçu à l'examen clinique.

Vilson (7) a opéré 13 cancers du corps de l'utérus ; dans 6 cas, il y avait des fibromes dont 3 assez volumineux pour être diagnostiqués. Stone (8) rapporte 4 cas de cancers du corps de l'utérus ; l'un d'eux était accompagné d'un volumineux fibrome interstitiel et sous-péritonéal. Williams (9) sur 7 cancers du corps de l'utérus en a trouvé 3 associés à des fibromes.

Kelly (10) sur 15 cancers du corps de l'utérus en a vu 6 accompagnés de fibromes assez volumineux.

En réunissant les chiffres précédents nous trouvons 166 cancers de

---

(1) Jacobs, *Revue de gynécologie.*
(2) Monprofit, in Pasquier, Thèse de Paris, 1899.
(3) Freund, *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, 1897.
(4) Boissier, Thèse de Montpellier, 1899.
(5) Bisch, Thèse de Lyon, 1897.
(6) Haultain, *loco citato.*
(7) Vilson, *Journal of Obstetrics and Gynecol.*, octobre 1904.
(8) Stone, *New-York, Moulic. g.*, 27 juin 1895.
(9) Williams, *Cancer of Uterus*, p. 83-93.
(10) Kelly, *Operat. Gynec.*, v. II, p. 330.

l'utérus dont 41 accompagnés de fibromes, soit une proportion de 25 p. 100 environ (1).

C'est évidemment là une proportion considérable, mais il faut se rappeler qu'il s'agit à peu près uniquement de femmes âgées, chez lesquelles l'existence des fibromes est très fréquente.

Bayle, dont la statistique est classique, admet qu'au-dessus de 35 ans 20 p. 100 des femmes sont atteintes de fibromes.

Pozzi donne la même proportion. Champneys, dont la statistique porte sur 20.000 femmes entrées à Saint-Barthelomews Hospital, trouve que des fibromes se rencontrent chez 15 p. 100 des femmes au-dessus de 35 ans. La fréquence des fibromes chez les femmes âgées serait moindre pour Winckel (12 p. 100), pour West (10 p. 100) et surtout pour Martin (5 p. 100); au contraire pour Iwembly elle atteindrait 25 et pour Klob 40 p. 100.

Ces chiffres sont trop contradictoires pour permettre d'établir d'une façon quelque peu exacte la fréquence des fibromes utérins ; cependant, si nous prenons le chiffre de Champneys (15 p. 100) qui est fourni par la statistique la plus considérable et qui correspond à peu près à la moyenne des autres statistiques, nous trouvons que le fibrome paraît notablement plus fréquent chez les femmes atteintes de cancer du corps de l'utérus (25 p. 100), que chez la moyenne des femmes âgées (15 p. 100).

Le premier chiffre que nous avons donné, 15 cancers du corps sur 1.000 fibromateuses, nous paraît beaucoup plus important et plus significatif ; en effet, bien qu'il soit assez difficile d'établir la fréquence exacte du cancer du corps de l'utérus, il est certain qu'elle ne dépasse pas un cas sur 5 à 600 femmes prises au hasard, et même la plupart des auteurs classiques donnent une moyenne bien moins élevée. Col (2), qui a recueilli tous les cas observés à l'hôpital de femmes de New-York, a trouvé seulement 15 cas de cancer du corps de l'utérus sur 6.000 malades, c'est-à-dire exactement le même chiffre que nous trouvons pour 1.000 fibromateuses. Le cancer du corps de l'utérus paraît donc 8 ou 9 fois plus fréquent chez les fibroma-

(1) M. Richelot donne une proportion infiniment plus élevée : même d'après lui on trouve des fibromes dans tous les cas de cancer du corps de l'utérus, seulement ces fibromes sont souvent peu développés, ne dépassant pas le volume d'une noisette, et ils restent inaperçus si on ne les recherche pas.

(2) Col, *New York med. Rec.*, 1890, p. 369. Nous ferons remarquer que le chiffre de Col est probablement trop élevé ; en effet, il correspond à une statistique faite sur des femmes atteintes pour la plupart d'affections gynécologiques, il est probable que la même statistique faite sur 1.000 femmes prises au hasard donnerait un chiffre moins élevé.

teuses que chez la moyenne des autres femmes, il nous semble qu'on peut en conclure à juste titre que le fibrome prédispose au cancer du corps de l'utérus.

Un autre argument important nous paraît être fourni par l'étude de la fréquence relative du cancer du corps et du cancer du col chez les fibromateuses : en effet, s'il s'agissait seulement de coïncidence, les cancers coexistant avec des fibromes devraient offrir la même proportion de néoplasmes du col et de néoplasmes du corps que les cancers utérins indépendants de tout fibrome : or il n'en est rien ; nous avons vu en effet que le fibrome se complique à peu près également de cancer du corps et de cancer du col, alors qu'habituellement le premier est beaucoup plus rare que le second.

Les cancers du col sont fréquents ; au contraire les cancers du corps, sans être aussi exceptionnels que le disent les auteurs classiques, sont assez rares ; il est certain que les proportions de 1 cancer du corps pour 300 du col donnée par Col, ou même celle de 3 cancers du corps pour 100 du col, donnée par Schrœder sont notablement au-dessous de la vérité : si nous prenons les statistiques des chirurgiens actuels qui ont opéré le plus de cancers, nous trouvons les chiffres suivants :

Kaltenbach. (1) :	53	cancers utérins, dont	7	cancers du corps, soit	13	p. 100
Krukenberg (2) :	237	—	30	—	12	—
Séopol . . (3) :	71	—	27	—	39	—
Hofmeier . (4) :	251	—	29	—	11	—
Landau. . (5) :	104	—	14	—	13	—
Jacobs . . (6) :	33	—	5	—	15	—
Segond. . (7) :	95	—	25	—	27	—
Dmitri de Ott (8) :	62	—	15	—	24	—
Cullen . . (9) :	103	—	30	—	29	—
Terrier . . (10) :	28	—	6	—	21	—

En réunissant ces divers chiffres, nous trouvons une moyenne de 17 cancers du corps pour 100 néoplasmes utérins. Par conséquent, d'une

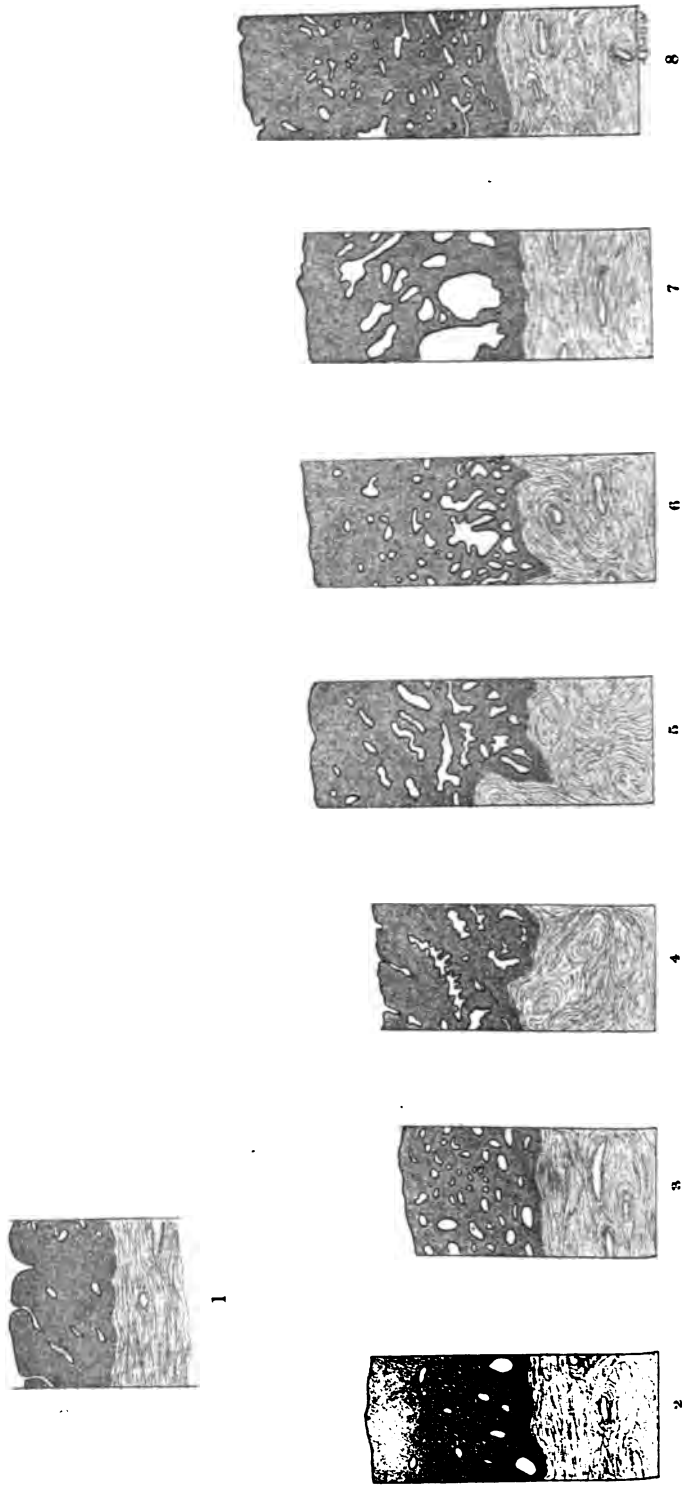
(1) *Berlin klin. Woch*, 1889, nos 18 et 19.
(2) *Zeitsch. f. Geb. und Gynæk.*, XXIII, 1.
(3) *Cent. f. Gyn.*, 1891, 22.
(4) In STEINBACH, Inaug. Diss. Wüssburg, p. 899.
(5) In THUMIN, *Berlin. kl. Wochenschrift*, 1898, n° 18, p. 396.
(6) *Congrès d'Amsterdam*, 1899.
(7) In BIGEARD, Th. de Paris, 1899.
(8) *Congrès internat.*, Paris, 1900.
(9) *Congrès internat.*, Paris, 1900.
(10) *Revue de chirurgie*, décembre 1897, décembre 1898, décembre 1899.

façon générale, le cancer du col est à peu près 5 fois plus fréquent que le cancer du corps, tandis que chez les fibromateuses le cancer du corps et le cancer du col se rencontrent à peu près avec la même fréquence: on peut en conclure que le fibrome prédispose réellement au cancer du corps de l'utérus.

Reste à rechercher comment le fibrome peut favoriser l'apparition d'un cancer du corps de l'utérus: il nous semble qu'on peut l'expliquer de la façon suivante:

Les fibromes, quelle que soit leur variété, interstitiels ou sous-muqueux, apportent dans l'utérus un ensemble de modifications qui semblent indiquer que leur présence joue un rôle certain dans la dégénérescence de la muqueuse utérine; ils peuvent agir par leur volume, leur nombre, leur siège, en amenant des troubles d'ordre mécanique (1); il est fréquent de constater, dans un utérus renfermant des fibromes, des déplacements de cet organe, des flexions et principalement des tiraillements de la musculature et de la muqueuse utérine, qui par endroits subit des amincissements. Ces troubles mécaniques par eux-mêmes on, peu d'importance; en effet, les autres déviations utérines, telles que l'anteversion, l'anteflexion, la rétroversion, qui causent des troubles mécaniques au moins aussi importants, ne semblent guère provoquer la dégénérescence de la muqueuse utérine; mais, dans le cas de fibrome, les troubles d'ordre mécanique s'accompagnent de désordres circulatoires très importants: les fibromes provoquent par leur présence dans l'utérus des modifications analogues à celles que l'on observe dans la gestation; les fibres musculaires de cet organe s'hypertrophient, les vaisseaux artériels et veineux sont en plus grande abondance et subissent des alternatives de dilatation et de constriction fréquentes qui se manifestent par des hémorragies parfois profuses; l'utérus est excité dans sa totalité, il est le siège d'une irritation constante et prolongée qui se traduit par une hyperhémie, une congestion très forte de la muqueuse utérine; celle-ci, en état continuel de turgescence vasculaire, est gonflée, œdémateuse épaissie; tous les éléments de l'endométrium sont excités à s'accroître, et cet excès d'accroissement aboutit à la production d'endométrite glandulaire.

(1) Les fibromes calcifiés, qui, en raison de leur dureté, constituent une cause d'irritation et d'inflammation plus marquée que les fibromes simples, paraissent aussi prédisposés davantage au cancer. Nous avons trouvé 9 observations dans lesquelles des fibromes calcifiés s'accompagnaient de cancer : Cas de Lebert, Dudley, Leflaive, Schrœder, Thorn, Richelot, Pauchet, Gill Wylie, Bland Sutton.


1
2
3
4
5
6
7
8

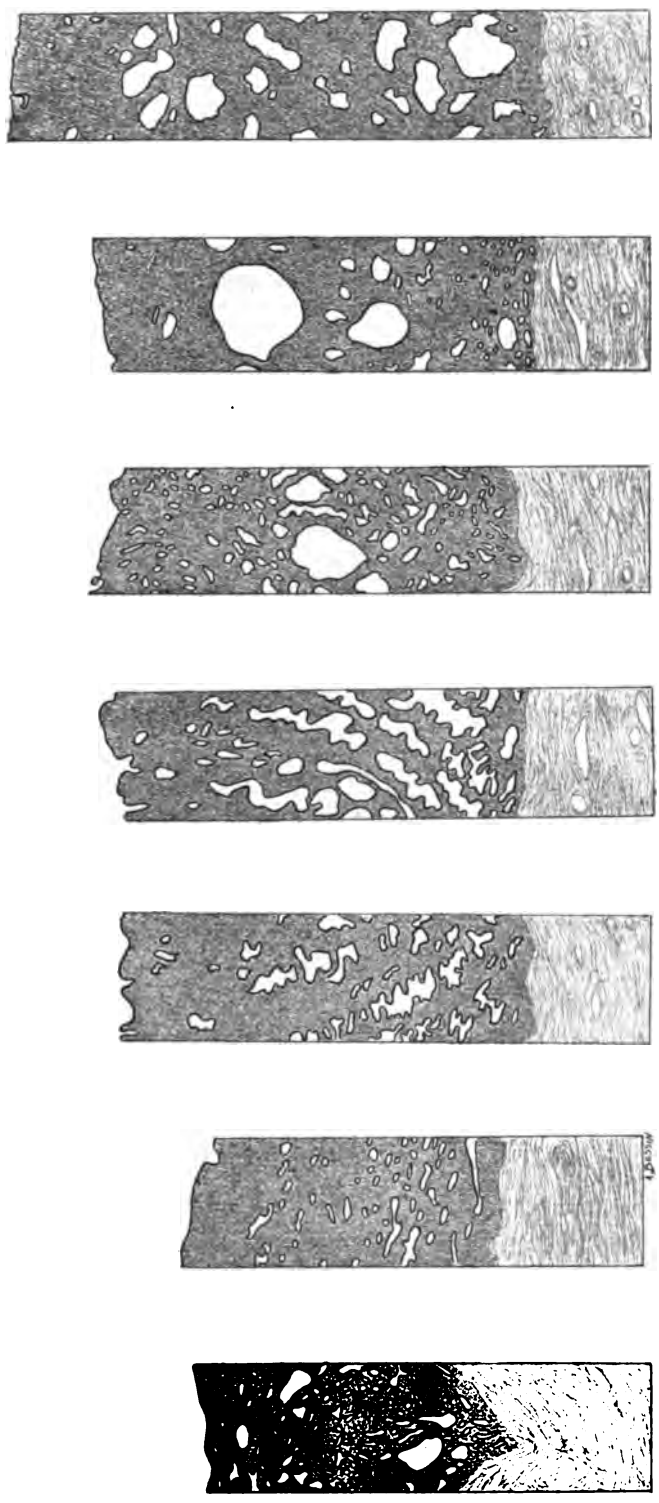


FIG. 5. — Planche destinée à montrer la fréquence des altérations de la muqueuse utérine dans le cas de fibrome :

1, Muqueuse utérine normale, représentée au même grossissement que les figures suivantes ; — 2, Muqueuse tapissant la surface extérieure d'un polype kystique ; — 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, Muqueuses épaissies avec hypertrophie des culs-de-sac glandulaires : 4 (fibrome calcifié), 5 (fibrome interstitiel en dégénérescence sarcomateuse), 6, 7, 8, 9, 10 (fibromes œdématiés) ; — 11, 12, 13, 14, 15, Muqueuses très épaissies avec culs-de-sac glandulaires hypertrophiés et dilatés, constituant des formations adénomateuses (fibromes interstitiels et sous-muqueux à structure normale).

Mais je crois qu'il y a lieu de tenir compte, à l'heure actuelle, de considérations autres que celles qui se dégagent des observations.

Si l'on envisage la question générale de l'hystérectomie pour cancer en dehors de la grossesse, je suis convaincu que le mouvement actuel de la chirurgie nous entraîne vers l'adoption plus fréquente, peut-être exclusive, de l'hystérectomie abdominale. Il n'y a pas de doute que l'opérabilité est plus étendue par les opérations abdominales, et cette même opérabilité plus grande s'applique évidemment aussi aux cas de cancers compliqués de grossesse. Nous voyons en effet des chirurgiens partisans de la voie vaginale attaquer par la voie haute des cas qui leur ont semblé inopérables par le vagin.

L'opération se fait d'une manière plus complète, les limites du mal sont plus largement dépassées, le parametrium est enlevé d'une façon plus étendue, des ganglions peuvent être extirpés, et si l'on procède en fermant le vagin par des pinces avant de le sectionner, les greffes opératoires, sources de récidives fréquentes, sont plus sûrement évitées.

Toutes ces considérations s'appliquent évidemment aux cancers compliqués de grossesse.

Quant aux résultats opératoires, ils doivent bénéficier d'une façon évidente de la technique meilleure des méthodes nouvelles. Si les résultats des opérations abdominales sont, à l'heure actuelle, dans leur ensemble si mauvais, c'est qu'on leur a réservé les cas les plus défavorables ; c'est aussi parce qu'il faut compter un grand nombre d'observations anciennes pratiquées avec une technique et dans des conditions chirurgicales tout à fait défavorables.

Nous croyons qu'à l'avenir et dès l'heure présente nous devons faire bénéficier les cancers utérins compliqués de grossesse des avantages de la voie haute.

Quant aux opérations combinées consistant en une amputation supravaginale faite par l'abdomen, et une extirpation consécutive du moignon par le vagin, elles nous semblent plus voisines des interventions vaginales pures que des hystérectomies abdominales avec les techniques modernes.

Dans ces extirpations vaginales du moignon on ne fait point la libération des uretères, et pour cette raison on ne peut pas pousser aussi loin l'extirpation de la base des ligaments larges qui constitue l'avantage principal des opérations par voie haute.

---

plusieurs des histologistes les plus compétents ; les uns en firent de la métrite hypertrophique simple, d'autres de l'épithélioma, tous conclurent à un cas douteux sur lequel il était difficile de se prononcer.

Roche (1), qui a repris récemment l'étude des altérations de la muqueuse utérine dans le cas de fibrome, conclut de ses recherches qu'il n'y a aucun cas bien observé de transformation en épithélioma des lésions adénomateuses qui accompagnent les fibromes et que, par conséquent, ces lésions ne favorisent pas le développement du cancer utérin. Nous ne pouvons accepter cette conclusion ; en effet, cette transformation successive d'une muqueuse devenue adénomateuse en une muqueuse carcinomateuse n'est pas une simple hypothèse, elle a été observée d'une façon indiscutable par plusieurs histologistes. Schrœder (2) le premier a pu suivre la transformation de l'adénome bénin (endométrite glandulaire) en adénome malin, il conclut même de ses recherches que l'endométrite est la cause habituelle du cancer utérin.

Eppinger a observé un exemple très convaincant de cette transformation : il s'agissait d'une femme de 36 ans qui présentait des polypes utérins; quelques-unes des tumeurs enlevées furent examinées par Eppinger qui constata la présence d'adénomes bénins; quatre mois après, à la suite de fortes hémorragies, la malade revint et on enleva de nouvelles parties de la tumeur ; elles différaient nettement des précédentes, étaient plus molles, plus friables, et avaient l'aspect de carcinomes. L'examen microscopique démontra à Eppinger que les glandes, qui au premier examen ne contenaient que de l'épithélium cylindrique, étaient maintenant garnies d'un épithélium aplati avec des expansions carcinomateuses dans les tissus voisins.

Veit a pu également constater dans un cas cette transformation de l'adénome bénin en carcinome; il conclut de son observation que le carcinome est formé non par les glandes utérines normales mais par les éléments hypertrophiés de l'adénome.

William Maslowsky, de Saint-Pétersbourg (3), a examiné deux cas dans lesquels il a pu constater la transformation de métrite hypertrophique simple en épithélioma : dans sa première observation il s'agit d'une femme de 59 ans chez laquelle il enlève un polype, l'examen histologique montre un adénome bénin ; quelques mois après, seconde intervention, puis

(1) Roche, *la Muqueuse utérine dans les fibromes*, Bordeaux, 1903.
(2) Schrœder, *Traité des maladies des femmes.*
(3) William Maslowsky, *Edinb. med. journ.*, janvier 1882, p. 588.

troisième : cette fois l'adénome est devenu malin, et il s'agit d'épithélioma cylindrique.

Wahrendorff, Kleb, Recklinghausen ontégalement rapporté des exemples de transformation d'adénomes bénins en épithéliomas.

La possibilité de cette transformation nous paraît prouvée d'une façon certaine, et il nous semble qu'il faut comprendre de la manière suivante les rapports des fibromes et du cancer du corps de l'utérus :

Le cancer du corps de l'utérus est beaucoup plus fréquent chez les fibromateuses que chez les autres femmes, donc le fibrome prédispose au cancer du corps. Le fibrome favorise l'apparition du cancer en déterminant des lésions de métrite hypertrophique qui sont susceptibles de se transformer en épithélioma.

Un certain nombre de conditions adjuvantes peuvent favoriser l'apparition du cancer du corps de l'utérus chez les fibromateuses. L'âge a une importance considérable :

Nous avons trouvé 84 cas dans lesquels l'âge était indiqué.

1	malade avait moins de 30 ans (Montgomery : 23 ans)	
6	malades avaient de 30 à 40 ans	
21	. . . . . 40 à 50 ans	
32	. . . . . 50 à 60 ans	
17	. . . . . 60 à 65 ans	
5	. . . . . 65 à 70 ans	
2	. . . . au-dessus de 75 ans	Quénu : 77 ans Maslowsky : 78 ans

D'après ce tableau nous voyons que chez les fibromateuses le cancer du corps, exceptionnel avant 45 ans, présente son maximum de fréquence entre 50 et 60 ans et peut se développer jusqu'à un âge extrêmement avancé ; la malade de Quénu, âgée de 77 ans, présentait un épithélioma tout à fait à son début.

Sur les 84 cas précédents, dans 57 les malades avaient dépassé la ménopause au moment de l'apparition des accidents indiquant le développement du cancer ; c'est là une constatation extrêmement importante : en effet, aujourd'hui encore, il est classique pour un grand nombre de médecins de ne pas opérer les fibromes, mais d'attendre la ménopause dans l'espérance de voir la tumeur diminuer et les accidents disparaître ; les faits précédents montrent que lorsqu'après des années de souffrances, d'hémorragies et de dangers de toutes sortes la patiente se croit enfin arrivée

au bout de son martyre, elle est encore exposée au développement d'un cancer du corps de l'utérus.

Les antécédents génitaux paraissent également avoir une certaine importance ; sur 82 cas où ces antécédents sont signalés, nous avons trouvé 43 femmes n'ayant jamais eu de grossesses et seulement 32 multipares : les fibromateuses nullipares paraissent donc plus exposées au développement du cancer du corps de l'utérus.

L'influence de l'hérédité et de la race est très discutable ; nous avons trouvé plusieurs observations dans lesquelles on signalait l'existence de cancers dans la famille (cas de Pozzi et de Babcock), mais ces observations sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer une conclusion.

Quant à l'influence de la race on trouve dans tous les traités de gynécologie que les négresses, très sujettes au fibrome, sont complètement à l'abri du cancer : d'après la plupart des chirurgiens américains actuels, cette opinion est complètement inexacte.

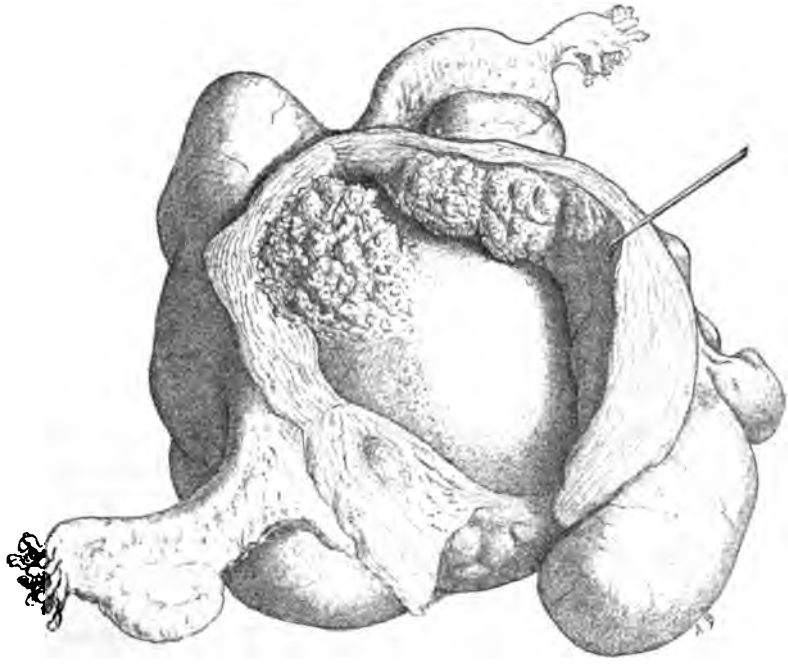


Fig. 6. — Fibrome avec épithélioma du corps de l'utérus (femme de 77 ans).

Obs. — Mme B..., âgée de 77 ans, entrée à Cochin dans le service de M. Quénu le 21 novembre 1904.

Mariée à 20 ans, pas de grossesse, pas de maladie. Ménopause à 50 ans.

Durant les 27 années qui ont suivi la ménopause, la malade n'a jamais eu de pertes ; il y a trois mois, la malade s'est sentie mouillée, et a vu son linge taché en rouge ; ensuite pendant environ un mois elle a eu des pertes très peu abondantes se réduisant à quelques gouttes de sang sur la chemise.

Pas de douleur, bon état général, cependant légère diminution de l'appétit.

A l'examen, on sent une masse volumineuse régulière, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis, et suivant nettement les mouvements de l'utérus. Col régulier, petit, sans ulcération.

Diagnostic. — Fibrome de l'utérus accompagné probablement de cancer du corps.

Opération le 9 décembre 1904. — Hystérectomie abdominale totale.

Bonnes suites opératoires. La malade quitte l'hôpital le 4 janvier 1905.

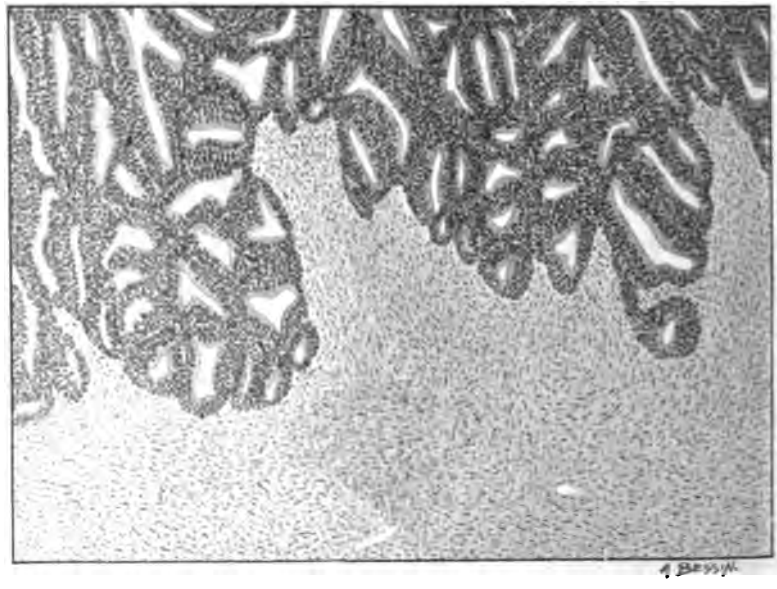


Fig. 7.

Examen des pièces. — Fibrome interstitiel multinodulaire gros comme les deux poings. A l'ouverture de la cavité utérine, on voit à la partie supérieure et gauche une petite masse végétante et irrégulière d'aspect nettement cancéreuse.

L'examen histologique montre l'existence d'un épithéliome cylindrique limité à la muqueuse, séparé par une lame de tissu utérin assez épaisse du fibrome sous-jacent qu'il n'a aucune tendance à envahir.

OBSERVATIONS DE FIBROMES AVEC CANCER DU CORPS DE L'UTÉRUS

1. Cruveilhier (*Anat. Path.*, t. III, p. 693) signale un cas de fibrome avec cancer du corps.

2. Broca, *S. anatomique*, 1855. — Femme âgée de 52 ans, atteinte depuis deux ans de métrorrhagies, chez laquelle Robert avait diagnostiqué un fibrome utérin. A l'autopsie on trouve un fibrome suppuré envahi par des masses épithéliales provenant de la muqueuse du corps de l'utérus.

3. Bauer, *Med. Rec. New York*, 1867, p. 65. — Tumeur fibreuse de l'utérus avec nodules cancéreux, trouvés par hasard à l'autopsie d'une femme morte de fracture du col du fémur.

4. Broussin (*Soc. anat.*, 1880) présente un cancer ulcéré du corps de l'utérus et un corps fibreux de ce même utérus.

5. Maslowsky (*Edinb. med. J.*, janvier 1882) rapporte 2 cas de fibromes utérins compliqués d'adénome cylindrique de la muqueuse du corps.

6. Uter, cité par Conrad, thèse de Leipzig. — Fibro-myome traité par électrisation. Épithélioma consécutif de la muqueuse du corps. Uter attribue la dégénérescence au traitement électrique.

7. Wahrendorff, Inaug. Diss. Berlin, 1887. — Fibromes multiples chez une femme de 60 ans donnant lieu à des hémorragies, six ans après la ménopause. Hystérectomie abdominale totale. Épithélioma de la muqueuse du corps de l'utérus ayant envahi le fibrome.

8. Wahrendorff, *Ibid.* — Volumineux fibromes chez une femme de 62 ans. Sept ans après la ménopause, la tumeur augmente et détermine des écoulements sanguinolents à odeur putride. Hystérectomie abdominale totale. A l'examen on trouve un carcinome de la muqueuse du corps de l'utérus.

9. Chas-Reed, *Obstetrical Society of Cincinnati*, 1888. — Hystérectomie abdominale pour cancer médullaire de l'utérus accompagné de fibrome de la grosseur d'une noix de pyo-salpynx et d'abcès pelvien.

10. Schlein. — Fibrome du corps et cancer.

11. Dmitri de Ott, *Ann. de gynéc.*, oct. 1889, obs. 24. — Femme de 45 ans, amputation du col pour ulcération douteuse. Plus tard, hystérectomie vaginale pour cancer du corps de l'utérus et fibrome interstitiel. Guérison opératoire.

12, 13, 14. Martin.— Communication de Mackenrodt à *la Société de Gynécologie de Berlin*, 11 décembre 1891. — Trois cas d'hystérectomie pour fibromes accompagnés de cancer du corps de l'utérus.

15. Lauwers (1890). — *Bull. Soc. de gynéc. et d'obstét.* 1897. — Femme de

38 ans. Hystérectomie supra-vaginale pour fibrome utérin. On constate après opération l'existence d'un cancer de la muqueuse du corps et on pratique l'extirpation secondaire du col.

16. Lawson-Tait, *Traité clin. des mal. des femmes*, 1891.— Myome et cancer du corps de l'utérus.

17. Pean, *Clin. ch. Saint-Louis*, t. VIII, p. 1339. — Fibrome de l'utérus chez une femme de 47 ans, compliqué de cancer du corps de l'utérus reconnu par raclage et examen histologique. Hystérectomie vaginale, mort par pneumonie.

18. Pean, *Ibid.* — Fibrome chez une femme de 50 ans atteinte depuis 16 mois de métrorrhagie et de leucorrhée fétide avec amaigrissement rapide. Hystérectomie vaginale. L'examen de la pièce fait par Cornil montre entre les fibromes une dégénérescence épithéliale de la muqueuse du corps.

19. Ehrendorfer, *Arch. f. Gyn.*, 1892. — Fibrome du volume d'une tête d'enfant chez une femme de 63 ans, ayant passé la ménopause depuis 3 ans, à la suite de pertes vaginales séro-sanguinolentes à odeur fétide. Hystérectomie abdominale. L'examen des pièces montre un cancer glandulaire de la muqueuse utérine.

20. Ehrendorfer, *Ibid.* — Fibro-myomes utérins chez une femme de 51 ans donnant lieu depuis un an à des douleurs et à des pertes sanguinolentes à odeur fétide. Hystérectomie. L'examen histologique montre un adéno-carcinome de la muqueuse du corps de l'utérus.

21. Wein, *Rev. méd. de l'Est*, 1891, t. XXIII, p. 413. — Femme de 53 ans atteinte d'un fibrome remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Ablation incomplète par voie vaginale en 1891. En 1892, cancer du corps de l'utérus.

22. Guermonprez, in Duval, th. de Paris, 1892. — Femme de 45 ans atteinte de métrorrhagie depuis de plus de 20 ans. En 1891, enlèvement d'un polype fibreux et curettage. En 1892, hystérectomie abdominale totale pour une tumeur utérine du volume d'une pomme. L'examen histologique montre un utérus fibromateux avec cancer cavitaire de l'organe.

23. Schramm, *Centralbl. f. Gyn.*, 1892. — Petit fibrome sous-péritonéal chez une femme de 67 ans, ayant déterminé des pertes 6 ans après la ménopause.

Hystérectomie vaginale. L'examen des pièces montre un carcinome du corps de l'utérus.

24. Lepetit, *Soc. anat.* 1894, p. 337. — Femme de 60 ans ayant dépassé la ménopause depuis 2 ans. Hystérectomie supra-vaginale pour fibrome.

A l'examen des pièces on trouve un fibrome et un cancer diffus du corps utérin. Col absolument intact.

25. Bahri, th. de Lyon, 1895. — Femme de 51 ans, atteinte de fibrome diagnostiqué depuis 2 ans. On fait un curettage en 1895, on reconnaît dans les débris de la présence de cellules épithéliomateuses et on pratique l'hystérectomie.

26. Stone, *New York Med. J.*, 27 juin 1895. — Hystérectomie pour fibrome et cancer du corps de l'utérus associés.

27. Le Bec, *Annales de gynéc.*, 1895. — Grosse tumeur fibreuse du corps de l'utérus avec cancer du corps de l'utérus chez une femme de 51 ans. Hystérectomie.

28. Bouilly, *Soc. anat.*, Paris, 1894. — A..., âgée de 68 ans, ne présente aucun symptôme indiquant une affection abdominale jusqu'à l'âge de 50 ans. Ménopause à 48 ans. A 50 ans surviennent des métrorrhagies et une augmentation du volume du ventre liées évidemment à l'évolution d'une tumeur fibreuse.

Il y a dix-huit mois, à ces pertes sanguines intermittentes se joint un écoulement continu d'un liquide rougeâtre, fétide, très irritant. En même temps surviennent des douleurs et la malade maigrit. A l'examen, tumeur régulière, non fluctuante, remontant à égale distance entre le pubis et l'ombilic.

Diagnostic. — Fibrome utérin.

Hystérectomie abdominale.

A l'examen de la pièce on trouve un fibrome ; à côté de lui, mais nettement séparée, une infiltration cancéreuse de tout le tissu utérin. La muqueuse est ulcérée et fongueuse.

29. Lauwers, *Soc. belge de gynéc. et obst.*, 1897. — Myome sous-muqueux et cancer de la muqueuse du corps chez une vieille fille de 59 ans.

Hystérectomie abdominale.

30. Pollosson, *Soc. méd. de Lyon*, avril 1896. — Hystérectomie abdominale subtotale pour un fibrome interstitiel. Au moment de la section du col, on trouve la cavité utérine remplie d'une masse encéphaloïde. A l'examen on trouve toute la muqueuse du corps atteinte d'endométrite épithéliale dans sa moitié gauche.

31. Munde, *Am. J. of obst.*, 1894, p. 593. — Épithélioma de la muqueuse du corps de l'utérus avec fibrome du corps. Hystérectomie vaginale. Guérison. Récidive dans la cicatrice au bout de quelques mois, et mort sans nouvelle opération.

32-33. Dudley, *Am. J. of obst.*, 1894, t. II, p. 595, rapporte deux cas de fibromes accompagnés de cancer du corps; il pense que le fibrome prédispose au cancer.

34. Niebergall, *Arch. f. Gynäk.*, 1895, t. I, p. 1. — Sarcome carcinomé et myome du corps de l'utérus avec un polype muqueux.

35-36. Dorff, *Soc. belge de gyn.*, 1896, p. 203, rapporte deux cas de fibromes accompagnés de cancer du corps.

37. Jacobs, *Soc. belge de gynéc.*, 1896, p. 86. — Hystérectomie supra-vaginale pour fibrome chez une femme de 52 ans se plaignant uniquement de métrorrhagies peu abondantes. A l'examen des pièces on trouve un fibrome avec épithélioma du corps de l'utérus.

38-39. Freund, *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1897. — *a*) Cancer du corps de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale. Guérison opératoire.

b) Myome interstitiel accompagné de cancer du col et du corps de l'utérus. Hystérectomie abdomino-vaginale. Mort par pyotémie le quatorzième jour.

40. Citadini, *Sem. Gyn.*, 1897, p. 183. — Fibrome interstitiel. Hystérectomie cancer cavitaire de l'isthme utérin.

41. Duret, in Camelot, *Sem. Gyn.*, 1898, p. 289. — Fibrome interstitiel chez une femme de 46 ans, donnant lieu à des douleurs rares et à des troubles de la miction.

Hystérectomie abdominale totale. L'examen des pièces pratiqué par le professeur Augier montre un épithélioma de la muqueuse du corps de l'utérus.

42. Duret, *Ibid.* — Fibrome interstitiel chez une femme de 65 ans donnant lieu à des métrorrhagies et depuis 1 an à des écoulements extrêmement fétides.

Hystérectomie totale. L'examen des pièces montre une dégénérescence épithéliale de la muqueuse utérine.

43. Martin, *Normandie méd.*, 1897, p. 407. — Fibro-myome de l'utérus du volume d'une noix avec épithélioma de la muqueuse, diagnostic après curettage. Hystérectomie vaginale.

44. Lauwers, *Soc. belge de gynéc. et obst.*, 1897. — Myomes multiples dont un en voie de gangrène. Épithélioma très avancé de la muqueuse utérine. Diagnostic par examen d'un fragment enlevé par un curettage.

Hystérectomie vaginale.

45. Lauwers, *Ibid.*, 1898. — Myomes interstitiels. Hystérectomie subtotale.

A l'examen histologique on constate un épithélioma de la muqueuse du corps de l'utérus et 15 jours après la première intervention Lauwers enlève le col par voie vaginale.

46. Lauwers, *Ibid.*, février 1897. — Observation analogue à la précédente. Myomes interstitiels multiples. Hystérectomie supra-vaginale. Constatation d'un cancer du corps. Enlèvement secondaire du col.

47. Lauwers, *Ibid.* — Hystérectomie supra-vaginale. L'examen des pièces montre un myome interstitiel avec cancer du corps. Guérison opératoire, mais au bout de quelques mois récidive du cancer.

48. Doyen, *Archives provinciales de chirurgie*, 1897. — Fibrome et cancer du corps de l'utérus, hystérectomie abdominale.

49. Jacobs, *Ibid.*, 1897. — Femme de 59 ans. Myomes sous-muqueux et cancer du corps. Hystérectomie en deux temps ; le corps est enlevé par voie abdominale, le col par le vagin. Guérison opératoire. Mort par étranglement interne au bout d'un mois et demi.

50. Jacobs, *Ibid.* — Femme de 38 ans souffrant depuis quelques mois de métrorrhagies abondantes. Diagnostic : myome interstitiel. Hystérectomie supra-vaginale. A l'examen des pièces on constate un cancer de la muqueuse du corps.

Enlèvement secondaire du col. Guérison.

51. Jacobs, *Ibib.*, p. 25. — Femme de 55 ans, nullipare. Ménopause depuis trois ans. Depuis six mois hémorragies, douleurs, dépérissement. Coeliotomie.

On trouve un fibrome implanté sur la corne gauche de l'utérus. Amputation supra-vaginale. L'examen des pièces montre que la muqueuse du corps utérin est atteinte d'épithélioma envahissant le muscle utérin.

52. Jacobs, *Ibid.* — Femme de 51 ans, nullipare. Ménopause depuis deux ans. Depuis quelques mois hémorragies, douleurs pelviennes. Diagnostic : fibrome. Hystérectomie totale. A l'examen des pièces on voit que la muqueuse du fond de l'utérus présente des lésions de dégénérescence épithéliale.

53. Jacobs, *Ibid.* — Fibrome interstitiel. Hystérectomie supra-vaginale. A l'examen des pièces, épithéliomes de la muqueuse du corps de l'utérus.

Récidive au bout de quelques mois. Mort.

54. Demons, th. de Bordeaux, 1898. — Fibrome calicifié avec épithélioma du corps de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale après avoir essayé en vain de faire l'hystérectomie vaginale.

55. Ricard, *Soc. anat.*, 1898, présent de Merklen et Ricard. — Polype fibreux et cancer du corps de l'utérus. Hystérectomie vaginale.

56. Faucon, in Verstraete, thèse de Paris, 1898. — Fibrome interstitiel et cancer du corps de l'utérus.

Hystérectomie abdominale totale.

57. Macnaugton Jones, *Brit. gynecol. Society*, 14 octobre 1897. — Femme de 52 ans, atteinte depuis quelques mois d'hémorragies abondantes. L'examen des débris après curettage montre un épithélioma. Hystérectomie totale, difficile, cause d'adhérences unissant l'utérus à la vessie.

Guérison opératoire Examen des pièces.

Fibrome interstitiel de cinq pouces de diamètre avec épithélioma de la muqueuse utérine envahissant la paroi de l'organe.

58, 59, 60. Buschbeck, *Arch. f. Gynäkol*, 1898, Bd. 56. — Rapporte 3 cas d'hystérectomie pour fibro-myomes accompagnés de cancer du corps de l'utérus.

61. Dauber, *Trans. Obst.* London, 1898. — Fibrome et cancer du corps de l'utérus.

62. Zamchine, *Soc. de gyn. Saint-Pétersbourg*, 1898. — Utérus cancéreux et myomateux enlevé par voie vaginale avec section partielle du périnée. Guérison opératoire.

63. Rouffard, *Soc. belge de gynéc.* 1898. — Femme de 59 ans. Ménopause il y a deux ans, depuis dix mois hémorragies et pertes fétides.

Hystérectomie totale. On trouve une volumineuse tumeur remontant à trois travers de doigt du pubis, intimement adhérente en arrière au rectum qui se déchire. Guérison opératoire.

Fibrome et cancer du corps de l'utérus propagé au rectum.

64, 65, 66, 67. Bouilly, *Congrès français de chirurgie*, 1899, p. 643. — Rapporte quatre cas de fibromes accompagnés de cancer du corps de l'utérus.

68, 69, 70. Olshausen, *Handbuch der Gynäkologie*, 1897, t. II, p. 607. — Rapporte trois observations de fibromes avec cancers du corps de l'utérus traités par hystérectomie abdominale totale.

Deux guérisons. Une mort.

71. Pauchet, *Gaz. méd. de Picardie*, 1897, p. 101. — Fibrome utérin ayant subi la dégénérescence kystique calcaire et cancéreuse.

72. Duret, in Verstraete, th. Paris, 1898. — Fibrome de l'utérus avec cancer du corps.

Hystérectomie abdominale totale.

73. Duret, *Ibid.* — Volumineux fibrome de l'utérus, dégénérescence épithéliale bien limitée à l'isthme de l'utérus.

Hystérectomie totale.

74. Tédenat, in Boissier, thèse de Montpellier, 1899, obs. 2. — Femme de 33 ans. Carcinome du corps de l'utérus avec fibromes sous-péritonéaux.

Hystérectomie abdominale totale.

75. Tédenat, *Ibid.*, obs. 3. — Femme de 63 ans, cancer du corps de l'utérus avec trois petits fibromes sous-péritonéaux. Hystérectomie abdominale totale.

76, 77, 78. Williams, *Cancer of uterus*, p. 83 à 93, rapporte 3 observations de cancer du corps associés à des fibromes. Dans l'un de ces cas il s'agissait d'un polype, dans les 2 autres de fibromes interstitiels dont on avait été envahi par l'épithélioma.

79 à 84. Kelly, *Operat. Gynäk*, v. XI, p. 380, rapporte avoir opéré six cas de fibro-myomes coexistant avec des cancers du corps de l'utérus.

85. Gill-Wylie, *American Gynecological and Obstetrical J.*, 1898, v. XIII, p. 402. — Femme de 67 ans. Hystérectomie : fibrome calcifié et cancer du corps de l'utérus.

86 et 87. Babcock, *American gynec. and obst. J.*, 1898, v. XIII, p. 402. — 1° Femme de 60 ans ayant dépassé la ménopause depuis 9 ans. Hystérectomie abdominale totale pour fibrome interstitiel et cancer du fond de l'utérus.

2° Femme de 48 ans, vierge, ayant depassé la ménopause depuis 6 mois. Hystérectomie abdominale totale pour fibrome et cancer diffus du corps de l'utérus. Mort 8 jours après l'opération.

88 et 89. Josset, *Cancer of uterus*, p. 73, rapporte les observations de deux malades multipares atteintes de fibromes avec cancer du corps utérin.

90. Landau, cité par Thumin, *Arch. f. Gynäk.*, v. LXII, p. 460. — Femme de 44 ans. Hystérectomie ; à l'examen des pièces on trouve un fibrome avec cancer du corps. Malade revue sans récidive au bout de 1 an.

91. Segond, in Bigeard, th. de Paris, 1899, obs. 2. — Femme de 60 ans. Cancer du corps de l'utérus avec petit fibrome de la paroi postérieure. Hystérectomie vaginale sans enlèvement des annexes. Malade sans récidive 4 ans après l'opération.

92. Segond, *Ibid.*, obs. 19. — Femme de 60 ans. Cancer du corps avec quatre petits fibromes. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire.
Mort 2 ans et 1 mois après l'intervention.

93. Segond, *Ibid.*, obs. 63. — Femme de 51 ans. Cancer du corps et fibrome interstitiel. Hystérectomie vaginale.
Récidive et mort 7 mois après l'opération.

94. Segond, *Ibid.*, obs. 63. — Femme de 54 ans. Cancer du corps avec plusieurs petits fibromes interstitiels.
Hystérectomie vaginale.
Mort le cinquième jour par urémie.

95. Segond, *Ibid.*, obs. 66. — Femme de 51 ans. Hystérectomie vaginale pour fibrome. Mort par septicémie au bout de 24 heures.
L'examen histologique montre que la muqueuse du corps est atteinte de dégénérescence épithéliale.

96. — Segond, *Ibid.*, obs. 83. — Femme de 46 ans, cancer du corps avec trois ou quatre petits fibromes interstitiels. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire.

97. Segond, *Ibid.*, obs. 97. — Femme de 63 ans. Fibrome de 1.360 grammes

avec cancer du corps de l'utérus. Envahissement néoplasique des ganglions pelviens, noyaux cancéreux, sur le colon tumeur de l'S iliaque.

Opération incomplète.

Guérison opératoire.

98. Chavannaz, *Soc. d'obst., gynéc. et pédiatrie de Bordeaux*, 23 mai 1899. — Fibrome pédiculé et épithélioma du corps de l'utérus. Hystérectomie abdominale en janvier 1899. Guérison maintenue en mai 1899.

99. Pollosson, *Soc. des sciences médic. de Lyon*, avril 1896. Présentation de Tissier. — Femme de 43 ans, fibrome et cancer du corps de l'utérus. Hystérectomie totale.

100. Niebergall, *Arch. f. Gyn.*, 1895, L, 1. — Sarcome, carcinome, myome et polypes muqueux dans un même utérus.

101. Jacobs, *Revue de gynéc.*, juillet-août 1900, obs. 9. — Cancer du corps et fibrome pédiculé de l'utérus. Hystérectomie totale.

102. Boweman-Josset, *British Gynecological Society*, nov. 1900. — Femme de 60 ans. Long traitement médical pour douleurs et métrorrhagies causées par un fibrome. Le curettage montre un cancer du corps et on fait une hystérectomie.

103. Bamann, *Ann. de gynéc.*, juillet 1899. — Fibrome interstitiel et adéno-carcinome du corps de l'utérus. Hystérectomie vaginale.

104. Jacobs, *Soc. belge de gynéc. et d'obst.*, 1904, n° 41. — Fibromes interstitiels multiples chez une malades de 49 ans. Cancer primitif du corps utérin. Hystérectomie abdominale totale.

105, 106, 107. — Noble, *Amer. Journ. of obst.*, septembre 1901. — Rapporte 3 observations de fibromes accompagnés de cancer du corps de l'utérus traités par l'hystérectomie abdominale totale.

108. Delobel, *Journ. des sciences méd. de Lille*, 1901, p. 86. — Femme de 31 ans, adéno-carcinome du corps de l'utérus avec petits fibromes. Hystérectomie abdominale totale. Mort par infection le 11e jour.

109. Dudley, *Amer. Journ. of obst.*, 1900. — Femme de 56 ans. Fibrome interstitiel avec adéno-carcinome du corps de l'utérus. Hystérectomie.

110. Richelot, in Tesson, th. de Paris, 1902. — Femme de 44 ans. Épithélioma du corps de l'utérus avec plusieurs petits fibromes interstitiels.

Noyaux cancéreux dans le vagin.

Hystérectomie vaginale.

111. Quénu, in Bisch, th. de Paris, 1902, obs. 37. — Femme de 56 ans. Fibrome interstitiel gangrené. Hystérectomie totale. L'examen histologique fait par M. Landel montre un épithélioma de la muqueuse du corps de l'utérus

yant envahi le fibrome gangrené. La malade a été revue au bout de 2 ans ans trace de récidive.

112. Quénu, *Ibid*, obs. 36. — Femme de 51 ans. Fibrome interstitiel gangrené. Hystérectomie totale. Mort. L'examen des pièces fait par M. Landel ıontre un épithélioma pavimenteux de la muqueuse du corps de l'utérus yant envahi le fibrome.

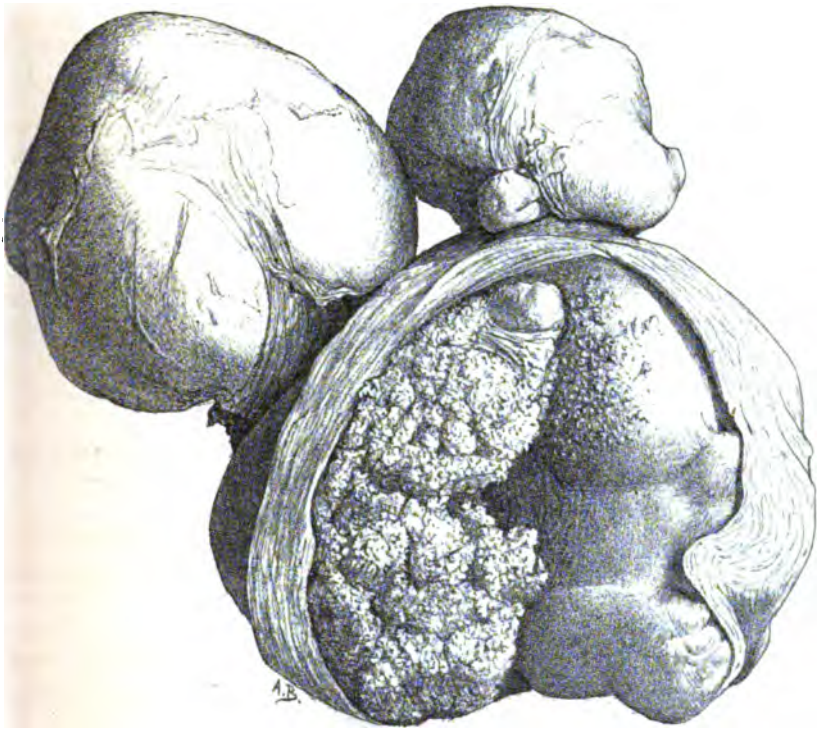


Fig. 8. — Fibrome avec épithélioma du corps de l'utérus (obs. 112).
Les végétations épithéliales avaient envahi le fibrome interstitiel sous-jacent qui était sphacelé.

113. Bouglé, *Bull. de la Société anatomique*, 1900, p. 514. — Femme de ſ ans. Hystérectomie supra-vaginale pour fibrome. L'examen des pièces ıontre un fibrome interstitiel avec cancer du corps de l'utérus et cancer ɛcondaire des 2 ovaires.

114. Doléris, *Semaine médicale*, 1899. — Femme de 50 ans. Fibromes ıultiples et cancer du corps de l'utérus diagnostiqué par l'examen histolo-ique d'un morceau de muqueuse enlevé par curettage. Hystérectomie vagi-ale.

115. Flaischen, *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1900. — Fibrome et cancer du rps.

116. Jayle et Bender, *Société anatomique*, 1902, p. 282. — Femme de 61 ans. Ménopause depuis 4 ans. Hystérectomie abdominale totale pour épithelioma du corps de l'utérus avec petit fibrome, col absolument intact.

117. Castaing et Dargein, *Écho médical de Toulouse*, 1902, p. 199. — Femme de 57 ans. Ménopause à 52 ans. Laparotomie : fibrome et cancer inopérable du corps de l'utérus.

118-119. Hunner, *Southern surgical and gynecological Society*, 1903, rapporte deux observations de fibromes avec cancer du corps.

120-124. Scharlieb, *J. of obstetrics and gynecology*, 1902, rapporte 5 cas de fibromes avec cancers du corps de l'utérus.

125 à 130. Frederick, *American gynecology*, 1902, v. I, p. 255, rapporte 6 cas de fibromes avec cancers du corps de l'utérus.

131-132. Cullen, *Cancer of the uterus*, 1900, rapporte 2 cas de fibromes avec cancers du corps.

133. Jeannel et Cestan, *Toulouse médical*, 1903, p. 198. — Femme de 59 ans, ménopause à 54 ans. Hystérectomie subtotale ; en examinant les pièces on trouve un fibrome avec cancer du corps de l'utérus et on enlève le col. Guérison opératoire.

134. Pauchet, *Gazette médicale de Picardie*, 1900, p. 44. — Femme de 50 ans. Hystérectomie vaginale : fibrome de la grosseur d'une tête d'enfant ; cancer du corps de l'utérus.

135. Walther, *Soc. de chir.*, 15 janvier 1902. — Présente un utérus atteint de fibromes multiples ; en sectionnant le col pour faire une hystérectomie sus-vaginale, on trouva dans la cavité du col des végétations épithéliales et on fit l'hystérectomie totale.

L'examen des pièces montra un cancer de la muqueuse du corps et du col de l'utérus ; au niveau de l'un des fibromes, la muqueuse présentait une ulcération profonde atteignant la tumeur.

136. Potherat, *Soc. de chirurgie*, avril 1903. — Fibrome utérin interstitiel chez une femme de 58 ans déterminant des métrorrhagies et des écoulements fétides et puriformes ; par le toucher on sentait une masse intra-utérine dure et arrondie.

Diagnostic : Fibrome interstitiel avec polype intra-utérin. Hystérectomie totale.

L'examen des pièces montre la présence, sur la paroi postéro-latérale droite du corps de l'utérus, d'un cancer ayant la dimension d'une pièce de 5 francs.

137. Barette, *Soc. de chir.*, 15 déc. 1903. — Fibrome de la paroi postérieure de l'utérus avec épithélioma de la muqueuse de l'isthme utérin. Hystérectomie abdominale totale.

138. Richelot, *Soc. de chir.*, 15 déc. 1903. — Fibrome existant depuis 15 ans chez une femme de 56 ans, et donnant lieu à des hémorragies six ans après la ménopause. Hystérectomie abdominale totale. On trouve 3 fibromes interstitiels dont un calcifié ; toute la cavité utérine est remplie d'une bouillie cancéreuse avec des infiltrations pelviennes qui ne peuvent être enlevées en totalité.

139. Marchand, *Annales médico-chir. du Centre*, 1903, n° 24, p. 186. — Épithélioma du corps de l'utérus greffé à la base d'un polype fibreux intra-utérin.

140. Glockner, *Soc. d'obst. de Leipzig*, I, 87e année, 1904. — Fibrome, adénome et épithélioma glandulaire du corps de l'utérus.

141. Glockner, *Ibid.* — Fibrome de l'utérus et cancer du corps.

142. Glockner, *Ibid.* — Fibromes multiples et cancers étendus à toute la muqueuse. Plusieurs fibromes avaient été envahis par les éléments épithéliaux.

143. Tate, *Soc. d'Obst. de Londres*, 16 avril 1904. — Fibro-myome de l'utérus compliqué de carcinome du corps utérin et de fibrome de l'ovaire.

144. Boscall, *Ibid.* — Fibrome avec cancer du corps.

145. Cornil et Schwartz, *Soc. Anat.*, 1904. — Fibro-myome œdémateux colloïde avec cancer du corps utérin.
Hystérectomie supra-vaginale.

146. Pichevin, *Semaine gyn.*, 31 mai 1904. — Fibrome du corps de l'utérus. Hystérectomie supra-vaginale. Après l'opération on constate l'existence d'une tumeur épithéliale sur la muqueuse du fond de l'utérus.

147. Richelot, *Bull. soc. de Chirurgie*, 7 juin 1904. — Malade atteinte depuis plusieurs années de fibrome à évolution lente, ménopause. A 60 ans apparition d'écoulement cancéreux et de pertes sanguines.
Cancer du corps.

148. Richelot, *Ibid.* — Malade de 65 ans. Fibrome ancien, ménopause. A 65 ans apparition de douleurs pelviennes avec écoulements cancéreux et sanguinolents.
Cancer du corps.

149. Richelot, *Ibid.* — Femme de 49 ans, atteinte de fibrome depuis 10 ans. Hémorragies abondantes.
Hystérectomie totale.
Fibrome avec volumineux cancer du corps.

150. Richardson, *Boston med. and. surg. journ.*, 14 janvier 1904. — Fibrome et cancer du corps de l'utérus.

151. Herbert Spencer, *Obst. Society London*, 1er juin 1904. — Femme de 36 ans. Cancer du corps de l'utérus et fibrome. Hystérectomie abdominale totale. Malade revue 8 ans et demi après l'opération sans récidive.

152. Lewers, *Obst. Society London*, 6 juillet 1904. — Femme de 46 ans. Hystérectomie subtotale pour gros fibrome; en incisant le col on constate qu'il y a un néoplasme du corps, et on fait l'ablation totale.

153. Lauwers, 200 hystérectomies pour fibromes, in *Semaine Gynécologique*, janvier 1904, obs. CLV. — Femme vierge de 43 ans. Hystérectomie supra-vaginale pour fibrome. La muqueuse du corps utérin présente une longue plaque cancéreuse qui a détruit la paroi utérine dans toute son épaisseur et adhère à l'épiploon. Récidive du cancer au bout d'un an, 1er juin 1903.

154. Montgomery, *Therap. Gazette*, Détroit, 1903, n. o. XIV, p. 217. — Femme de 23 ans. Hystérectomie abdominale totale pour cancer du corps et petits fibromes multiples.

155. Moulonguet, *S. anat.*, Paris, déc. 1903, présentation de François Darville, et *Gazette Médicale de Picardie*, 1903, p. 322. — Femme de 45 ans. Hystérectomie abdominale totale. Fibrome interstitiel et cancer de la muqueuse du corps de l'utérus.

156. Croisier et Ansalon, *Annales Médico-Chirurgicales du Centre*, p. 186. — Femme de 39 ans. Hystérectomie supra-vaginale pour polype fibreux du corps de l'utérus avec dégénérescence cancéreuse de la muqueuse au niveau du pédicule de la tumeur.

157 à 162. Vilson, *J. of obstet. and. gynecol.*, oct. 1904, rapporte 6 cas de fibromes avec cancer du corps de l'utérus.

163 à 168. Ellice Mac Donald, *Albany medical Annals*, juillet 1904, n° 7. — Six cas de fibromes avec cancer du corps de l'utérus.

169 à 173. Haultain, *J. of obstet. and. gynekol.*, 1904, p. 120. — Cinq cas de fibromes avec cancer du corps de l'utérus.

174. Handfield, Jones, *Obst. Society of London*, octobre 1904. — Cancer et fibrome du corps de l'utérus.

175. Pollosson et Violet, *Société des sciences médic. de Lyon*, 23 nov. 1904. — Femme de 58 ans, vierge, ménopause depuis 3 ans. Fibromes interstitiel et sous-péritonéaux avec épithélioma du fond de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale.

176. Pozzi, in Combris, th. de Paris, 1905. — Femme de 65 ans, ménopause à 60 ans. Fibrome et cancer du corps de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale. Mort 1 mois après l'opération.

177 et 178, RIDDLE GOFFE, *Obstet. S. of New York*, février 1905. — *a*) Femme de 59 ans, vierge. Fibrome interstitiel et épithélioma du fond de l'utérus. Hystérectomie vaginale.

b) Femme de 45 ans, mère de 4 enfants. Fibrome interstitiel et cancer diffus du corps de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale.

179. QUÉNU. — Observation rapportée plus haut p. 497).

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

Transformation sarcomateuse de fibrome de l'utérus avec noyaux de généralisation dans les poumons (1).

par MM. TOUPET et LEBRET.

Les pièces que nous apportons à la Société proviennent de l'autopsie d'une femme décédée le 19 février à l'hôpital de la Charité, salle Briquet, n° 12, et qui était âgée de 53 ans.

La malade était entrée à l'hôpital pour des phénomènes d'épuisement général accompagné de dyspnée et d'œdèmes. On ne relevait dans ses antécédents personnels qu'une fièvre typhoïde contractée à l'âge de 29 ans. Elle avait eu deux grossesses absolument normales.

Les règles avaient définitivement cessé à l'âge de 49 ans, après une ménopause qu'aucun trouble marquant n'avait caractérisée. De tous temps les règles avaient été plutôt abondantes.

Rien d'anormal ne s'était produit depuis cette ménopause ; à signaler cependant, depuis 5 ou 6 mois, de la pesanteur abdominale, une difficulté croissante pour aller à la selle, et des mictions également difficiles ; une perte sensible des forces, pas d'amaigrissement. Le 12 décembre dernier, c'est-à-dire deux mois environ avant l'entrée à l'hôpital, de nouvelles pertes font brusquement leur apparition, extrêmement abondantes, accompagnées de gros caillots, ne cessant que très peu de temps : un jour ou deux pour revenir avec une nouvelle intensité. Ces pertes ne s'accompagnaient d'aucune douleur, n'avaient aucune odeur fétide, et étaient composées de sang pur ; de même que, dans leurs intervalles, il ne s'écoulait pas d'autre liquide. Les phénomènes hémorragiques durèrent jusque vers le 10 janvier, et tout rentra dans l'ordre de ce côté.

Il n'en fut pas de même de l'état général, dont la faiblesse empira manifestement, même après la cessation des hémorragies. Des œdèmes qui n'apparaissaient d'abord que le soir et se localisaient uniquement aux deux malléoles, devinrent constants et augmentèrent au point d'envahir la totalité des membres inférieurs et la paroi abdominale. La gêne de la miction et de la défécation s'accentua. La malade se plaignit d'une oppression qui empêcha bientôt le décubitus, et s'accompagna de quintes de toux. L'amaigrissement devint notable, et il y eut chaque soir un mouvement fébrile.

(1) Communication faite à la *Société anatomique*, séance du 24 février 1905.

Notre examen du 15 février nous fit constater tous ces phénomènes.

L'œdème de la paroi abdominale remontait jusqu'au rebord costal ; il n'y avait pas d'ascite. Le cœur battait très rapidement sans arythmie et sans souffles. Des râles de bronchite étaient disséminés dans toute la poitrine. La température atteignait 39°, l'urine ne contenait pas d'albumine.

La partie inférieure de l'abdomen était occupée par une volumineuse tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, et comblant entièrement les deux fosses iliaques. Sa surface semblait lisse, sa consistance extrêmement ferme. On la mobilisait assez facilement dans le sens transversal, mais il était impossible en la comprimant de la porter en arrière. Au toucher, le col paraissait sain, non hypertrophié, peut-être un peu ramolli et reporté sous la symphyse pubienne. Les culs-de-sacs latéraux étaient comblés par une masse impossible à mobiliser, de consistance dure ; il en était de même du cul-de-sac postérieur qui faisait une saillie très nette dans le vagin.

L'évolution fut extrêmement rapide ; cette malade qui avait été transportée à l'hôpital, alors qu'elle était à bout de forces, mourut 4 jours après très brusquement, après avoir présenté une asthénie croissante. Nous avons eu à l'autopsie l'explication de cette mort subite.

A l'ouverture de la cavité abdominale, en effet, nous pûmes constater la présence d'un épanchement hémorragique de 2 litres environ, s'expliquant par un volumineux thrombus situé à la périphérie de la tumeur, et ayant certainement occasionné la mort.

Quant à la tumeur, elle était formée aux dépens de l'utérus auquel étaient accolés les trompes et les ovaires parfaitement sains. Elle était bosselée, et sa surface comme sa profondeur montrait déjà très nettement deux éléments consécutifs bien différents.

D'une part, de petits fibromes du volume d'une noix environ, saillants sous-péritonéaux, sains à la coupe pour la plupart. D'autre part les parties romollies, qui sans être ouvertes comme celle d'où provenait l'épanchement de sang, étaient cependant hémorragiques, diffluentes, d'une coloration rouge brun, tranchant nettement avec la coloration parfaitement blanche des petits fibromes.

La coupe montra les mêmes éléments. Il faut signaler cependant que si la plupart des petits fibromes périphériques étaient sains, « criant sous le scalpel », il n'en était plus de même de ceux qui se rapprochaient de la cavité utérine. Leur centre était ramolli, très peu chez quelques-uns, tandis que chez d'autres le tissu fibreux n'était plus représenté que par une mince couche formant une coque à la substance ramollie et saignante qui constituait presque toute la petite tumeur.

La cavité utérine était allongée, mais réduite à un étroit canal, comprimée par une énorme masse ramollie et formée en majeure partie aux dépens de la moitié postérieure du corps utérin.

Il nous reste à signaler une dégénérescence graisseuse totale du foie.

Et sur la surface de chacun des poumons de petits noyaux blanchâtres

arrondis, peu saillants, en « *taches de bougie* », correspondant vraisemblablement à un début de généralisation cancéreuse ; leur examen histologique prochain nous fixera à ce sujet. Il n'y avait trace de semblables noyaux ni dans l'intérieur du poumon, ni dans aucun autre viscère.

Quant à la texture de la tumeur, étudiée sur des coupes fraîches, elle nous a montré une prolifération des élements conjonctifs, c'est-à-dire une évolution fibro-sarcomateuse.

Ceci ne constitue pas à proprement parler une rareté (cas de Alban Doran, de A. Martin *qui signale* 6 *cas de transformation sur* 205 *fibromyomes*) ; mais la tendance à la généralisation n'a été signalée qu'une seule fois par Kurz, *qui a également noté la présence de noyaux secondaires au niveau du poumon.*

REVUE ANALYTIQUE

Un cas de fibrolipome sarcomateux, situé dans la région latérale rétro-péritonéale. MARKOVSKY, *Journ. d'obstétr. et de gynéc. russe*, 1903.

La malade, âgée de 45 ans, entre à la clinique du professeur Ott, le 24 janvier 1902, se plaignant de l'augmentation de l'abdomen remarquée il y a 3 ans, de douleurs lancinantes dans l'extrémité inférieure, de constipation, d'envies fréquentes d'uriner, de douleurs pendant les époques et de l'amaigrissement.

Réglée à 17 ans, mariée à 23; 5 accouchements, dont les 4 premiers normaux et le dernier prématuré à la suite d'une affection fébrile, qui a continué aussi après l'accouchement. A partir de ce moment, les règles ont changé de caractère: au lieu d'être normales, elles revenaient toutes les deux et demie à trois semaines, duraient jusqu'à 15 jours, quantité moyenne ; violentes douleurs dans les aines pendant 2 à 3 jours et une hémorragie très accentuée.

Pendant deux ans, la tumeur n'augmentait pas ; il y a un an, s'est aperçue d'une autre tumeur, grosse comme un poing, disposée plutôt sur la ligne médiane. Depuis 5 à 6 mois, la tumeur augmentait rapidement de volume, a fini par occuper aussi la moitié gauche du ventre.

La circonférence du ventre est de 104 centimètres. Ombilic effacé, peau tendue, brillante et couverte d'un réseau de veines.

Tumeur indolore, immobile, comme formée de trois segments de consistance différente.

Le premier, le plus grand, de consistance élastique, est nettement séparé du foie et de la rate, la percussion donnant un son tympanique.

A droite et sur le côté, le deuxième segment, consistance molle, mobilité limitée.

Le troisième segment, très ferme, est situé à droite et en haut, dans la région rénale. Matité, sauf une bande allant en bas et à gauche, donnant à la percussion un son tympanique sourd.

La région lombaire droite donne de la matité, qui à gauche a une nuance tympanique. Pas de liquide libre dans la cavité abdominale.

Col utérin augmenté un peu de volume, utérus en rétroversion peu mobile, 8 centimètres de longueur. Les annexes ne sont pas senties ; cathétérisme des urétères donne une urine normale (des deux reins) à peu près pareille comme composition et quantité.

Ainsi, ces données faisaient supposer qu'il s'agissait d'une tumeur extrapéritonéale, et occupant la situation latérale rétro-péritonéale par le fait que la bande donnant le son tympanique sourd et se dirigeant en bas et à gauche était supposé le côlon descendant déplacé.

L'opération était décidée vu la croissance rapide et l'amaigrissement de la malade, le diagnostic n'étant pas ferme.

Le 24 janvier, le professeur Ott a pratiqué la laparotomie.

Un peu de liquide ascitique sanguin, la tumeur occupait la région rétropéritonéale droite. Le côlon ascendant parcourait la surface antérieure de la tumeur à gauche et en bas, de telle sorte que le cæcum était déplacé dans la fosse iliaque gauche.

Énucléation difficile par suite de la fragilité du tissu. Côlon ascendant et cæcum très adhérents à la tumeur. Résection de ces derniers.

La tumeur enlevée, il est constaté que le rein droit déplacé en haut et en dedans est décapsulé et saignant. La capsule était adhérente avec la tumeur. Néphrectomie. Pas d'hémorragie considérable. Injection de sérum intra-veineuse vers la fin de l'opération par suite de l'état grave de la malade. Malgré tous les soins, elle est morte une demi-heure après l'opération.

Autopsie. — Dégénérescence graisseuse du cœur, a amené la mort par suite de traumatisme considérable de l'opération.

Poids de la tumeur, 13 livres et demie.

Examen macroscopique. — Le segment le plus grand présente une dégénérescence kystique, dont les parois atteignent 3 à 4 centimètres d'épaisseur par places et par d'autres excessivement minces et déchirées. A l'intérieur un liquide brun, traces d'exsudats et un grand nombre de cloisons, formant cavités.

Le deuxième segment, gros comme une tête d'adulte, est uni au précédent par un pédicule très large, c'est celui qui était situé dans la région rénale et intimement soudé à la capsule. Assez ferme au toucher, et la section couleur gris jaunâtre surtout au point de réunion des deux segments de la tumeur parcouru par des stries blanchâtres.

Le troisième segment, assis également sur le segment de dégénérescence kystique, gros comme un poing, plus mou que les précédents, jaunâtre à la surface et gris jaunâtre à la section.

Le rein ne présente rien de particulier.

L'examen microscopique du segment kystique montre que les parois de la tumeur n'ont pas de capsule délimitée et sont constituées d'éléments sarcomateux du type mixte. Vaisseaux et néo-capillaires très nombreux. Presque dans toutes les préparations, amas considérable de cellules graisseuses, atrophiées, disposées en oasis au milieu d'éléments sarcomateux. Les cloisons dans l'intérieur de la tumeur sont constituées aussi en partie d'éléments sarcomateux du même type, en partie d'une matière sans éléments cellulaires et mal colorée.

Là où ce segment adhérait aux intestins, il présentait le tableau microscopique suivant :

La muqueuse et la sous-muqueuse des intestins sont libres de processus sarcomateux, épithélium gonflé, partout infiltration de petites cellules.

Là où l'adhérence était intime, les éléments sarcomateux passaient sur la couche musculaire circulaire et par traînées pénétraient dans la couche longitudinale.

Au milieu d'éléments sarcomateux ici aussi, amas de cellules graisseuses, abondance de vaisseaux, foyers nécrobiosiques et exsudats.

Quant au deuxième segment, la partie dirigée vers le rein présente comme une capsule fibreuse, dans laquelle on rencontre par places des cellules sarcomateuses. La masse de la tumeur présente presque partout le tableau microscopique de sarcome à type mixte ; pauvre en éléments cellulaires en comparaison avec le segment précédent, mais plus riche en matière interstitielle à structure fibreuse.

Pas de groupe de cellules graisseuses.

La tumeur contient aussi moins de vaisseaux.

L'examen des fragments de la tumeur, pris au niveau de l'union du segment kystique avec la tumeur située dans la région rénale, est particulièrement intéressant. Déjà macroscopiquement on remarque un gros noyau et des petits, distincts des parties avoisinantes. Ces noyaux sont constitués d'amas de cellules sarcomateuses avec beaucoup de vaisseaux, et autour d'eux disposition concentrique d'éléments placés par couches. Au milieu de ces noyaux, foyers microbiotiques.

Enfin, la plus petite tumeur est constituée à la périphérie du tissu graisseux avec des interstices de tissu conjonctif. A son union à la tumeur kystique, le nombre de cellules graisseuses diminue et les éléments sarcomateux augmentent.

Parmi les ganglions enlevés, il n'y en avait qu'un seul qui a subi une dégénérescence sarcomateuse, les autres présentaient des phénomènes d'hypertrophie et d'hyperplasie.

Aussi, d'après ce qui précède, on peut conclure qu'il s'agit d'une dégénérescence sarcomateuse dans un fibrolipome primitivement formé, dont les restes sont dispersés dans les endroits les plus éloignés de la tumeur.

Dr Rechtsamer.

Opération césarienne sur une morte. Enfant vivant, par Bourdzynsky (*Journ. d'obstétr. et de gynéc. russe*, 1904).

Bien que la possibilité de la vie intra-utérine d'un fœtus pendant un certain temps après la mère soit actuellement indiscutable, néanmoins il est intéressant de rapporter l'observation du Dr Bourdzinsky:

Il s'agit d'une jeune femme de 19 ans, amenée, le 23 février 1903, à la clinique obstétricale à 3 h. 45 de l'après-midi sans connaissance, qu'elle avait perdue à 7 heures du matin, après avoir eu des vomissements et des maux de tête.

Réglée depuis l'âge de 13 ans, toutes les 4 semaines, d'une durée de 6-7 jours, sans douleurs.

S'est mariée à 18 ans ; enceinte peu après. Dernières règles il y a 8 mois, c'est-à-dire à la fin du mois de juin de l'année précédente. Premiers mouvements ressentis à la fin d'octobre. Pendant la grossesse avait bonne mine et ne se plaignait de rien. Première crise éclamptique (d'après le dire du mari présent) à la clinique dans le bureau de réception.

La malade, grande, forte, tissu adipeux sous-cutané bien développé. Pas d'œdème. État sub-conscient. Rien au cœur, ni aux poumons. Circonférence du ventre, 98 centimètres. Le fond de l'utérus au milieu entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Pas de contractions. Fœtus en présentation gauche antérieure, bruits du cœur nets à gauche, au niveau de l'ombilic. Dimensions du bassin : 32, 26, 23,5, 19.

Le toucher montre que le col existe, l'orifice fermé. La tête du fœtus mobile sur le détroit supérieur. L'urine, émise par la sonde, 400 centimètres cubes, contenait une grande quantité d'albumine.

Température, 36°,8. Pouls, 76.

A 5 h. 30, seconde crise éclamptique ; à 6 h. 30 soir, injection sous-cutanée de 15 milligrammes de morphine ; à 8 h. 50, 3e crise d'éclampsie ; à 11 h. 40, 4e crise ; à minuit 10, 1 milligramme de morphine.

Le 24 février, à 11 h. 30 du matin, pas de travail. Pouls 90, bon. Respiration un peu accélérée, mais régulière. La malade surexcitée, fait beaucoup de mouvements dans le lit, crie de temps à autre, répond aux questions par des mugissements.

T., 38°,1.

A 4 h. 45, c'est-à-dire 5 heures après la dernière crise, la 5e crise, qui dure près d'une minute ; à 5 h. 15, 15 milligrammes de morphine. A partir de 5 h. 45, dyspnée, respiration devient gênée et bientôt stertoreuse, en même temps se montre un œdème fort et rapide du cou. Pouls, 132, faible. Malgré toutes les mesures prises, l'état de la malade empire rapidement, et à 6 heures du matin elle meurt présentant des phénomènes d'œdème pulmonaire et asphyxie.

J'ai laissé la malade à 2 heures du matin dans un état relativement satisfaisant ; les accès rares, courts, d'intensité médiocre. Rien n'inspirait d'inquiétudes particulières.

La malade se trouvait sous l'observation d'un médecin et d'une sage-femme et la nouvelle de sa mort a été inattendue pour moi.

La mort ayant été constatée, et ayant donné l'ordre de sortir le corps de la salle, j'ai commencé immédiatement l'opération.

La main sur le ventre, j'ai senti très nettement les mouvements du fœtus.

Par une incision la cavité abdominale a été ouverte, par une autre l'utérus par son fond et le fœtus a été rapidement extrait par les pieds en asphyxie profonde. C'était à 6 heures 15, par conséquent 15 minutes après la mort de la mère. Pas d'hémorragie pendant l'incision; après même la sortie du placenta, l'utérus est resté flasque. Suture.

Au bout de 15 minutes, l'enfant a été ranimé, il est sorti du nez et de la bouche une grande quantité de liquide, après quoi l'enfant a commencé à respirer et à crier.

Sexe féminin, poids 2.200 grammes, longueur, 45 centimètres. Mise le jour même dans une couveuse.

L'autopsie a montré que la mort est survenue par asphyxie, mais, en dehors de la rate augmentée de volume et d'un foyer de ramollissement, gros comme une noisette dans le lobule gauche du cervelet, on n'a pas trouvé d'autres modifications.

Actuellement (le 17/30 avril) la petite fille, qui se trouve encore dans la salle des prématurés, ayant 53 jours, pèse 3.170 grammes et présente un aspect bien portant et satisfaisant.

L'auteur a réuni 15 autres observations publiées depuis 10 ans, à partir de 1894, où il s'agissait d'opérations césariennes post-mortem avec enfant vivant.

(Traduit du russe par le docteur Rechtsamer.)

Grossesse extra-utérine à terme opérée trois ans après la mort du fœtus par THOMSEN (*Jour. d'obstétr. et de gynécol. russe*, 1903).

Le docteur Thomsen rapporte l'observation d'une malade qu'il avait opérée pour une grossesse extra-utérine et chez laquelle il a extrait un enfant mort-né, à terme, ayant séjourné pendant trois ans dans la cavité abdominale

La malade, âgée de 39 ans, dit avoir une tumeur depuis trois ans et qui grossissait au début. N'a jamais eu d'enfants. Santé toujours bonne. Il y a deux ans, la malade sentait des mouvements dans le ventre, il s'est montré un écoulement peu abondant par les voies génitales, ensuite de violentes douleurs et syncopes.

Huit jours après, les mouvenents ont cessé vers le terme de la grossesse (la sage-femme a diagnostiqué la grossesse), mais de petites douleurs ont continué. Au début de la maladie, pendant presque un an, la malade n'avait pas vu ses règles, mais à partir du deuxième mois après le terme de la grossesse, les règles sont revenues toutes les 4 semaines, pendant 2-3 jours, peu abondantes.

La malade forte et d'un état général satisfaisant. On sent à travers les doigts (paume de la main), au-dessus de l'ombilic s'étendant jusqu'à la symphyse, une tumeur assez mobile, ferme, un peu élastique, et unie de surface.

En avant et au-dessus de la symphyse se trouve l'utérus dévié légèrement à droite et non augmenté de volume. Légère hernie ombilicale. Rate légèrement augmentée de volume. Au sommet du poumon gauche matité et craquements secs. Petites toux avec expectorations. Pas de bacilles dans les crachats. Cœur, rien d'anormal.

La région rénale non douloureuse. Miction normale. Pas de sucre, pas d'albumine.

L'abdomen proéminent dans la moitié inférieure. A la palpation, tumeur arrondie, de consistance ferme, assez mobile, nettement fluctuante et non douloureuse. La limite supérieure de la tumeur est à un et demi travers de doigt au-dessus de l'ombilic, la limite gauche sur la ligne mammaire; celle de droite à deux travers de doigt en dehors de cette ligne.

Par sa partie inférieure, la tumeur plonge dans le bassin, mais elle peut être remontée et on sent alors un large cordon (pédicule) se dirigeant de la portion inférieure de la tumeur vers la moitié droite du bassin. A la percussion, matité, sauf à l'extrémité supérieure, où le son prend une nuance tympanique.

L'utérus en antéversion, non augmenté de volume. Sur le col utérin aucune modification pathologique. Le cul-de-sac antérieur distendu et occupé par une tumeur de forme arrondie et ferme. Il est facile de se convaincre que c'est le segment inférieur de la tumeur, qu'on sent à travers la paroi abdominale. La tumeur et l'utérus sont mobiles dans une certaine limite et indépendamment l'un de l'autre; mais si par des manœuvres externes on déplace la tumeur en haut autant que l'on peut, l'utérus se redresse et monte un peu en haut. Les annexes ne sont pas senties.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire droit. Adhérence des intestins à partie sa supérieure. État de la malade avant l'opération, T. 36°7-37°3. Après le repas, pesanteur dans la région épigastrique. Pas de vomissements. Selles quotidiennes. Le lendemain de l'entrée à la clinique et la veille de l'opération, purgatifs (sulf. de soude, sulf. de magn. ãã 15 gr.). 23 octobre : laparotomie par le professeur Goubarev.

Position de Trendelenburg. Incision depuis la symphyse jusqu'à l'ombilic. Nombreuses adhérences de la tumeur avec la paroi abdominale antérieure, qu'on ne peut rompre qu'au niveau de l'ombilic.

La tumeur à paroi mince, tendue, fluctuante, ressemblant à un kyste multiloculaire, est adhérente par toute sa surface. La partie antérieure est libérée de la paroi abdominale, la partie supérieure ne peut pas être libérée; on libère alors la partie gauche de la fosse iliaque gauche, où les adhérences cèdent plus facilement. On entre dans la cavité pelvienne et on trouve l'ovaire gauche et, en suivant la surface postérieure du ligament large, on arrive jusqu'au fond de l'utérus, adhérant également à la tumeur.

Dans le cul-de-sac de Douglas on trouve un sac fermé de la cavité péritonéale, contenant plusieurs cuillerées à soupe de liquide clair et transparent. On libère l'utérus des adhérences et on continue à rompre les adhérences de la partie droite de la tumeur, en suivant la face postérieure du ligament large droit. On trouve l'ovaire et la trompe absolument sains, unis au segment nférieur de la tumeur par de lâches adhérences.

Ayant acquis la conviction que la tumeur n'a pas pour origine les annexes utérines, on explore les organes voisins et on sent très nettement les deux reins.

Le segment inférieur de la tumeur est séparé de la paroi postérieure de la cavité pelvienne et de la racine du mésentère.

Cette séparation se fait assez facilement et la tumeur est libérée par la voie mousse jusqu'au bord supérieur de la 4e vertèbre lombaire.

Pendant cette libération, il se passe dans la tumeur des modifications et la consistance devient plus molle. Les cavités différentes changent de volume et sa ressemblance avec un kyste multiloculaire disparaît de plus en plus, bien que la fluctuation reste nettement accusée.

A la dissection ultérieure, on constate que la tumeur est formée par la soudure des anses de l'intestin grêle (entre elles) entourées d'un sac uni et membraniforme qu'on ne peut déchirer avec les doigts.

On l'incise avec les ciseaux : une partie est prise pour l'examen microscopique et on continue à séparer les adhérences entre les anses intestinales. On tombe ainsi sur une partie de l'iléon en forme de zigzag et tout à fait aplati (longueur égale à peu près au tiers inférieur de l'intestin grêle). Au-dessus de cette région se trouvent plusieurs anses de l'intestin grêle distendu à paroi très hypertrophiée et donnant à la percussion le son mat, le tout nettement fluctuant.

On sépare les adhérences au niveau du passage de la partie de l'intestin distendue dans celle qui est affaissée, on remarque dans cette dernière des mouvements péristaltiques.

L'obstacle ayant déterminé le rétrécissement à ce niveau levé, on voit que la partie affaissée de l'intestin conduit dans le cæcum, car, en saisissant une des anses intestinales et en la sortant, on trouve facilement la surface gauche de son mésentère. On introduit une mèche de gaze iodoformée dans le cul-de sac postérieur du Douglas. Suture.

L'examen microscopique du fragment du sac montre qu'il est couvert de chaque côté d'endothélium; son épaisseur est de 1 millimètre.

Le 27 février 1902, la malade quitte la clinique. Pas de tumeur abdominale. Selles régulières, spontanées. Ballonnement, douleur et pesanteur de la région épigastrique après les repas ont disparu.

L'auteur attribue les modifications subies par l'intestin à l'obstruction incomplète et chronique de l'intestin grêle.

Docteur RECHTSAMER.

Manifestations cliniques hémorragiques dans l'éclampsie (The Clinical manifestations of hemorrhages in eclampsia), *Am. j. Obst.*, février 1905, p. 244

Les accidents hémorragiques, objectifs compliquant l'éclampsie, sont extrêmement rares, très heureusement, car ils paraissent être associés à une toxémie profonde, à issue fatale d'ordinaire. Sur un total de 152 cas d'éclampsie observés au *Sloane Maternity Hospital*, il en fut observé seulement 7. L'auteur relate l'histoire sommaire de 6 de ces cas, et de leur étude dégage les traits essentiels de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique. De cette dernière en particulier, il conclut : « Bien que les altérations rénales soient très fréquentes, toutefois elles ne paraissent ni aussi graves ni aussi constantes que les altérations du foie. » Il semble en outre à l'auteur que la maladie dénommée éclampsie possède une physionomie pathologique très spéciale et très différente de celle de l'atrophie aiguë du foie, ainsi que dégénérescences aiguës communes. De plus, il est vrai qu'on ne doit pas assigner à l'éclampsie une origine primitivement rénale ou hépatique ; qu'il faut au contraire voir dans les lésions du foie et du rein les effets et non la cause de la toxémie, *toxémie dont la cause reste encore inconnue*, mais toxémie dans laquelle mère et fœtus jouent un rôle.

En ce qui concerne le *pronostic* de cette variété d'éclampsie compliquée de manifestations hémorragiques, il serait particulièrement sévère. 5 morts sur 7 cas, soit une proportion de 70 p. 100, au lieu de 17 p. 100 pour l'ensemble des cas d'éclampsie observés durant le même temps au *Sloane Maternity Hospital*.

R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

G. STEINHEIL, Éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

VIENT DE PARAITRE

L'ŒUF HUMAIN

ET LES

PREMIERS STADES DE SON DÉVELOPPEMENT

ÉLÉMENTS D'EMBRYOGÉNIE

PAR

J. POTOCKI et **A. BRANCA**

Professeur agrégé à la Faculté de Paris — Accoucheur des hôpitaux.

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Avec une préface du professeur **A. PINARD**

1 volume in-8 grand-jésus de 196 pages avec 100 figures dans le texte et 7 planches en couleurs. Prix . . . . . 10 francs.

Ce livre a été écrit pour servir d'introduction à l'étude de l'obstétrique. Les auteurs y ont mis au point les questions principales qui, de près ou de loin, se rattachent à l'histoire de la fécondation et du développement de l'œuf. Ces questions sont encore insuffisamment connues des médecins, parce que les travaux qui s'y rattachent sont pour la plupart publiés dans des périodiques de science pure que les médecins et les étudiants n'ont pas entre les mains. Aussi a-t-il semblé à MM. Potocki et Branca qu'il y avait là une lacune utile à combler.

Leur intention a été d'écrire un livre sur le développement de l'œuf dans l'espèce humaine et non sur l'embryogénie en général ; ce sont donc les divers stades du développement de l'œuf humain qu'on trouvera exposés dans ce volume. Les auteurs étudient tour à tour : *les produits sexuels :* leur origine et leur valeur morphologique ; *l'appareil sexuel et la vie sexuelle :* l'ovulation et le corps jaune, la menstruation, les organes génitaux pendant la grossesse, l'appareil génital et le post-partum ; *les premiers développements de l'embryon :* la fécondation, la segmentation de l'œuf, la formation des feuillets embryonnaires ; *les annexes embryonnaires :* la vésicule ombilicale, l'amnios, l'allantoïde, le chorion, la fixation de l'œuf et la placentation, le cordon ombilical.

LEÇONS

DE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

PAR

le Dr QUEIREL

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Marseille

DEUXIÈME SÉRIE

Préface de M. le Professeur A. PINARD

Un volume in-8 cavalier de 246 pages. Prix. . . . . 6 fr.

De la syphilis au point de vue obstétrical. — Syphilis placentaire. — Influence de la syphilis sur la grossesse. — Traitement de la syphilis congénitale. — Syphilis. — Influence réciproque de la grossesse et de la syphilis. — Syphilis et allaitement. — Du traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis. — Hystéropexie et puerpéralité. — Néphropexie. — Néphropexie et grossesse. — Kyste et grossesse. — Kyste de l'ovaire. — Grossesse triple. — Version par manœuvre externe. — Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. — Mort subite pendant la thoracentèse chez une femme grosse. — Phlébite gravidique et phlegmatia alba dolens. — Symphyséotomie. — Opération césarienne. — Indications de la symphyséotomie. — Accouchement spontané chez une femme rétrécie ayant déjà subi deux symphyséotomies. — Deux opérations de Porro. — Hystérectomie vaginale. — Péritonite suppurée. — Diagnostic différentiel de deux tumeurs de la fosse iliaque droite.

PARU PRÉCÉDEMMENT

Première série. *Un vol.* in-8 *de* 296 *pages.* Prix : **6** francs.

Supplément aux *Annales de Gynécologie.* — Août 1905.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De l'apiol.

L'apiol est le principe actif de la semence de persil, dont les propriétés emménagogues sont incontestables et reconnues par la plupart des auteurs qui l'ont étudié (Bouchardat, Bouchut, Siredey, etc.). Cette action est utilisée surtout dans la dysménorrhée, quand celle-ci doit être traitée, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une inflammation de l'utérus ou des annexes. L'indication principale est fournie par les règles douloureuses des jeunes filles, dont la *Gazette hebdomadaire* a étudié le traitement dans un article récent. Ajoutons que l'apiol se serait montré efficace dans les fièvres intermittentes de moyenne intensité (Manquat).

Doit-on donner le nom d'apiol au liquide oléagineux, non volatil, d'une coloration variant du jaune ambré au vert et même au vert brun, de saveur âcre et piquante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme? Ou bien ce liquide n'est-il autre chose qu'un produit complexe, dans lequel on peut isoler un principe actif cristallisable? Ce sont là des points qui ne sont pas encore définitivement tranchés et sur lesquels les opinions des chimistes varient avec leurs pays d'origine.

Tandis que l'apiol liquide semble ou plutôt semblait, il y a encore peu d'années, prévaloir en France et en Belgique, en Allemagne, au contraire, l'apiol cristallisé est adopté à l'exclusion des autres formes sous lesquelles il peut être obtenu.

La caractéristique de ce désaccord est fournie par ce fait assez curieux que quelques fabricants allemands qui, dans leur préparation de l'apiol, obtiennent le principe cristallisé à côté du principe liquide, se réservent le premier pour les besoins de la consommation allemande et livrent à la consommation française le principe liquide, qu'ils ne peuvent écouler chez eux.

Si l'on admet l'opinion qui prédomine en Allemagne et à laquelle de sérieux travaux des chimistes allemands ont ajouté un regain d'intérêt (*Annales de Merck*, 1896-98), l'apiol, chimiquement pur, serait un corps cristallisé en aiguilles blanches, fusibles à + 30°, bouillant vers + 300°, et, comme l'apiol liquide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et le chloroforme.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une façon bien formelle sur les données contradictoires fournies par la pharmacopée franco-belge d'une part, la pharmacopée allemande d'autre part. Le mieux est donc d'augurer, non de telle ou telle constitution chimique, mais seulement des effets thérapeutiques qu'on en a obtenus. Ici encore la clinique reste souveraine et c'est à elle qu'il faut s'en rapporter pour faire un choix entre les deux produits.

Or une expérience de plus de dix années semble établir que l'apiol cristallisé réunit au plus haut degré toutes les qualités requises de cette substance. Mais, pour cela, il est nécessaire que la préparation pharmaceutique soit obtenue de telle manière que les principes utiles de la semence de persil, cristallisables ou non cristallisables, s'y trouvent associés, à l'exclusion des substances féculentes ou résineuses dont il convient de débarrasser l'apiol. Leur présence modifie même le poids spécifique de l'apiol liquide, qui tombe au fond de l'eau ou surnage, selon les éléments étrangers qui peuvent s'être introduits ou maintenus dans la préparation par les dissolvants employés au traitement de la semence de persil.

Sans doute, la question est encore à l'étude ; mais, comme le produit cristallisé a une action thérapeutique absolument identique au produit huileux complexe connu sous le nom d'apiol, *le praticien devra toujours prescrire de préférence l'apiol cristallisé*, qui lui donnera les garanties de pureté qui font défaut à la forme liquide dont la coloration, le poids spécifique varient avec les méthodes de préparation.

L'apiol s'emploie à la dose de 25 à 75 centigrammes par jour sous forme de capsules gélatineuses de 15 centigrammes de substance active *en solution huileuse*. C'est le seul mode pratique d'administration.

L'Usine Française (Goy et Cie) est la seule qui prépare cet apiol cristallisé, de pureté certaine.

NOTE SUR LES CAUSES DE LA FAIBLE MORTALITÉ INFANTILE DANS LA VILLE INDUSTRIELLE DU CREUSOT

Par le professeur A. PINARD.

Dans la séance du 10 janvier, M. le docteur Variot, médecin de l'hôpital des Enfants, a lu à l'Académie une *Note sur les causes de la faible mortalité infantile dans la ville industrielle du Creusot* (Saône-et-Loire).

Ce travail ayant été renvoyé à mon examen, j'ai l'honneur de vous faire connaître aujourd'hui mon rapport sur cette très importante communication (1).

Il me paraît nécessaire, tout d'abord, de rappeler, en les résumant, les points intéressants mis en relief par notre confrère.

M. Variot débute en disant : « C'est une loi à peu près fixe que la mortalité infantile soit plus élevée dans les villes industrielles que dans les campagnes. »

Et il cite, à l'appui de cette affirmation, la statistique de Wilson Rhodes, dressée en 1904. Cette statistique démontre que, pour les divers comtés de l'Angleterre, la mortalité infantile a son taux le plus bas — 79 à 100 p. 1.000 — dans les régions agricoles du Rutland, de Dorset, de With et d'Oxford, tandis que cette même mortalité atteint jusqu à 175 et 180 dans les pays industriels ou manufacturiers : comtés de Warwick, de Nottingham, de Stafford, de Sonconshire, etc. Or, d'après un travail rédigé par M. le docteur Briau, médecin du Creusot, et M. Lafret, président de la Commission administrative de l'Hôtel-Dieu du Creusot, communiqué à M. Variot, il ressort que la ville industrielle du Creusot, ville située dans le département de Saône-et-Loire, presque au centre de la France, fait une heureuse exception à la règle. En effet, les statistiques de la mairie du Creusot, pour la période décennale de 1893 à 1902, établissent qu'elle a enregistré pendant cette période :

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 25 juillet 1905.

8.054 naissances ;

891 décès d'enfants de 1 jour à 1 an;

5.375 décès en général.

Ce qui donne, comme taux de la mortalité infantile pendant cette période, le chiffre de 11,04 p. 100, chiffre bien inférieur à celui de la mortalité infantile moyenne en France pendant la même période — 16 p. 100 —, mais surtout bien inférieur à celui constaté dans les centres manufacturiers ou industriels en général et dans les villes (20 sur 1.000 dans les villes de 30.000 à 100.000 habitants) (1).

Après avoir mis en lumière ce fait si intéressant, je dois dire même si important, observé dans une ville telle que le Creusot, où la population ouvrière est tout à fait prédominante (les 4/5 sont des agents de la grande usine métallurgique, soit 25.000 sur 30.000 environ), le docteur Variot recherche les causes d'un si heureux état de choses, et il les trouve dans l'effort incessant qui a été fait par MM. Schneider au Creusot :

1° Pour améliorer le milieu où vivent les ouvriers, par l'hygiène des logements et la salubrité de la ville;

2° Pour assurer, par l'élévation des salaires, une aisance suffisante pour permettre aux femmes de se consacrer librement à leur mission maternelle;

3° Pour donner largement et gratuitement l'assistance médicale et pharmaceutique.

A ces efforts d'ordre général, M. Variot ajoute ce qui a été fait et ce qui est fait chaque jour, par l'Administration du Creusot, en faveur des accouchées et des nouveau-nés.

Après avoir ainsi esquissé rapidement cette belle organisation hygiénique et sanitaire créée au Creusot, qui permet d'enregistrer de si fructueux résultats, le docteur Variot insiste sur ce fait, à savoir, que si l'on s'inspire partout du bel exemple donné par MM. Schneider, on pourra, dans les cités manufacturières, réduire de moitié la mortalité infantile.

Tel est, en résumé, le schéma de la lecture de notre confrère.

La haute portée de cette communication m'imposait le devoir, ayant eu l'honneur d'être désigné pour en être le rapporteur, de m'entourer de tous les documents complémentaires. Aussi n'ai-je point hésité à m'adresser aux sources de tous les renseignements officiels.

(1) MONOD, *Santé publique*, 1904, p. 65.

Je dois dire que, grâce à M. E. Schneider, toutes les informations me furent possibles. M. Sales-Girons, avocat représentant de M. Schneider, se mit avec la meilleure grâce à ma disposition, ainsi que notre confrère le docteur Briau. Ce dernier fit même le voyage de Paris pour me donner toutes les réponses écrites et orales au questionnaire que je lui avais adressé. A tous ici j'exprime mes remerciements.

C'est ainsi renseigné, éclairé, que je vais aborder les commentaires des faits si intéressants de a communication de M. Variot.

Tout d'abord, quelle est la valeur de la statistique qui nous a été exposée ?

Il me plaît de dire que les chiffres qui nous ont été donnés sont scrupuleusement exacts, et que la statistique complète est encore plus belle que ne nous l'avait fait entrevoir M. Variot, comme le prouve le tableau ci-dessous :

VILLE DU CREUSOT

STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ INFANTILE DE 0 A 1 AN (DE 1893 A 1904)

Populations et décès (1893-1904).

	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904
Population	28.229	28.229	28.229	32.034	32.034	32.031	32.034	32.034	30.584	30.584	30.584	30.584
Naissances	855	799	773	851	881	815	881	799	749	741	669	592
Décès (mortalité générale).	568	467	584	562	544	560	584	546	479	481	529	522
Décès des enfants de 0 à 1 an	106	83	97	94	97	89	103	63	74	66	57	61
Pour 100 sur les naissances	13,68	10,75	12,78	9,64	14,52	10,42	12,08	8,60	8,55	8,89	8,52	10,30

Je me permets d'ouvrir ici une parenthèse. Dans ce tableau si suggestif à tant d'égards, l'on peut constater un fait bien net, à savoir : la diminution constante et progressive de la natalité, qui, de 855 en 1893 avec 28.229 habitants, tombe à 592 en 1904 avec 30.000 habitants (1). Ici comme partout, ainsi que le dit justement le docteur J. Morax, « la natalité suit la marche décroissante, qu'entraînent les progrès de la civilisation ». Je ne fais pour le moment que constater le fait et je reviens à l'objet de mon rapport.

On a incriminé tant de fois, et avec juste raison, la signification don-

(1) Au 11 novembre 1903, il existait au Creusot :
38 ouvriers ayant 6 enfants vivants âgés de moins de quinze ans.
11 — — 7 — — —
11 — — 8 — — —
1 — — 9 — — —
Soit 61 ouvriers ayant plus de 5 enfants âgés de moins de quinze ans.

née par les auteurs à leurs statistiques, que je ne saurais assez insister sur la valeur de celle-ci.

D'abord, elle a sur tant d'autres une valeur incontestable. Elle est aussi complète et aussi intégrale que possible. Ce n'est pas un lambeau de statistique, c'est une statistique comprenant tous les éléments qui sont en discussion.

Ici, il n'y a point de fuites, il n'y a point d'erreur possible.

Ce n'est point une statistique d'occasion, relative à une année heureuse, car elle porte sur douze années. Enfin, elle comprend un nombre considérable d'individus : population de 30.000 habitants, avec un chiffre annuel de naissances dépassant 700.

Le pourcentage est donc dans l'espèce une chose logique. Et nous pouvons sûrement affirmer, sans crainte d'être contredit, que, dans la ville si industrielle du Creusot, le taux de la mortalité infantile n'est pas plus élevé que dans les pays privilégiés, sans cesse et justement donnés comme modèles : j'ai cité les pays scandinaves. Il est moindre que dans nombre de pays réputés à bon droit les plus salubres.

Ainsi nous possédons, chose rare, une statistique complète et intégrale, elle aussi, concernant l'un des beaux cantons de la Suisse : je veux parler de cette statistique si bien faite et si intelligemment présentée par le chef du service sanitaire du canton de Vaud, le docteur J. Morax (1). Que nous apprend cette statistique ?

Voir le tableau qui la résume (page 525).

Ainsi qu'on peut le voir par ce tableau, dans le canton de Vaud, qui, selon l'expression du docteur J. Morax, « occupe un rang tout à l'honneur de ses conditions hygiéniques », la mortalité infantile de 0 à 1 an est notablement plus élevée que dans la ville du Creusot, puisque dans la période de 1890 à 1891 elle a été de 155 décès pour 1.000 enfants de 0 à 1 an, alors qu'elle n'a été au Creusot, pendant la même période, que de 110 pour 1.000.

Ceci étant établi, quant à la haute et certaine valeur de la statistique du Creusot, et sans qu'il soit besoin, je pense, de faire des comparaisons avec d'autres villes industrielles ou manufacturières, je dois examiner, avec et après M. Variot, les causes qui ont donné et donnent de si beaux résultats.

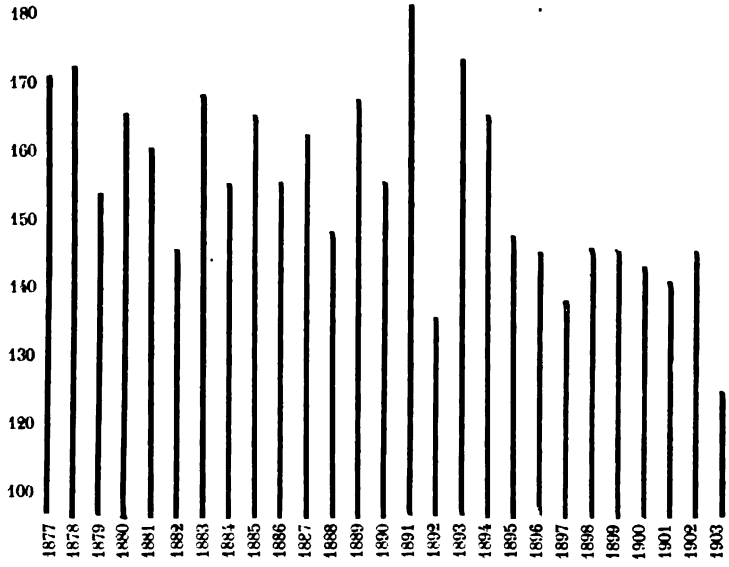
---

(1) *Statistique médicale du canton de Vaud*, par le docteur J. Morax, Lausanne, 1899. — Mortalité infantile à Lausanne et dans le canton de Vaud, in *Revue médicale de la Suisse romande*, avril 1905.

M. Variot, je l'ai déjà dit, attribue le faible taux de la mortalité infantile du Creusot aux conditions suivantes :

1° Amélioration incessante du milieu où vivent les ouvriers, par l'hygiène des logements et la salubrité de la ville ;

Mortalité infantile relative à mille enfants de 0 à 1 an dans le canton de Vaud (1877-1903).



Mortalité infantile dans le canton de Vaud.

ANNÉES	NOMBRE de naissances sans mort-nés	DÉCÈS dans le premier mois			DÉCÈS de 1 à 11 mois			DÉCÈS dans la première année			RELATIF à mille naissances
		M.	F.	Total	M.	F.	Total	M.	F.	Total	
1891	6730	227	155	382	458	375	833	685	530	1215	180
1892	6834	195	135	330	345	276	621	540	410	950	139
1893	6701	230	178	408	434	324	758	664	502	1166	173
1894	6772	206	153	359	378	294	672	584	447	1031	152
1895	6842	221	165	386	420	345	765	641	510	1051	168
1896	7102	201	168	369	386	310	696	587	478	1065	150
1897	7248	190	167	357	364	320	684	554	437	1041	143
1898	7448	183	181	369	398	353	751	586	354	1120	150
1899	7527	207	164	371	406	354	760	613	518	1131	150
1900	7461	229	150	379	374	347	721	603	497	1100	147
1901	7608	207	144	351	394	312	713	601	463	1064	140
1902	7649	202	157	359	403	346	749	605	503	1108	144
1903	7445	209	149	358	391	311	702	600	460	1060	133

2° Élévation des salaires aux ouvriers, permettant à leurs femmes de se consacrer librement à leur mission maternelle ;

3° Assurance d'une assistance médicale et pharmaceutique aussi large et intelligente que gratuite.

Examinons la valeur respective et efficiente de ces trois facteurs.

Je pense, comme M. Variot, que ces trois raisons ont leur part dans l'action bienfaisante, mais je les crois de puissance bien inégale, et je suis convaincu qu'il en est une qui les prime toutes et de beaucoup.

Assurément, je reconnais qu'il est bon, qu'il est nécessaire de faire disparaître les logements insalubres, de donner à chaque ménage ouvrier la possibilité d'habiter et d'acquérir une maison construite d'après les données hygiéniques les plus éclairées, au milieu d'un jardin; certes, j'admets la valeur du secours médical et pharmaceutique distribué avec empressement et sollicitude, mais dans le résultat constaté au Creusot ces deux facteurs n'ont qu'un rôle relatif et secondaire. A la campagne, dans la plupart de nos villages, en Suisse, l'air est sain et à la disposition de tous, les sociétés de secours mutuels existent presque partout, et cependant la mortalité infantile continue à être bien plus élevée qu'au Creusot.

Le facteur capital, tout-puissant, qui, au Creusot, empêche les enfants de mourir dans leur première année, c'est L'ÉLÉVATION DU SALAIRE, qui, comme l'ont si bien dit M. Lapret, le docteur Briau et le docteur Variot, *permet aux femmes de se consacrer librement à leur mission maternelle.*

Au Creusot, les femmes peuvent être vraiment mères, et voilà pourquoi cette belle ville industrielle, au point de vue de la mortalité infantile, fait exception à la règle.

Au Creusot, presque toutes les mères (plus de 80 p. 100, docteur Briau) allaitent leurs enfants. Cela dit tout. Oui, je reconnais que l'on a raison de développer, là aussi, les œuvres d'assistance destinées spécialement aux nouveau-nés, et j'applaudis aux efforts faits par l'administration et les médecins du Creusot pour diminuer encore la mortalité infantile; mais il faut reconnaître, et je suis bien obligé de proclamer que ces œuvres d'assistance, à annonce quelque peu bruyante et considérées par quelques hommes d'État philanthropes comme des panacées, n'ont pu avoir qu'une part bien restreinte dans l'abaissement de la mortalité infantile au Creusot.

Une consultation de nourrissons a été instituée le 1er décembre 1903 et a fonctionné en 1904.

Or, en 1903, il est mort 57 enfants sur 669, tandis qu'en 1904, année du fonctionnement de la consultation de nourrissons, il en est mort 61 sur 592. Je me hâte de dire que la consultation de nourrissons

n'est pour rien dans cette mortalité infantile plus élevée en 1904, et que, des 27 enfants qui l'ont fréquentée régulièrement tous les huit ou quinze jours, aucun n'est mort.

Si j'ai tenu à citer spécialement ce fait, c'est qu'à l'heure actuelle, où, sous l'influence des incitations puissantes des économistes, des philanthropes et des puériculteurs, nous assistons à l'éclosion de manifestations nombreuses ayant pour but de réduire le taux de la mortalité infantile, il est à craindre de voir cet élan généreux n'aboutir qu'à des résultats stériles, parce que non éclairé et mal dirigé.

Si l'on veut faire quelque chose qui soit puissamment efficace et fructueux, il est nécessaire, il est indispensable tout d'abord de faire ce que demandait la Convention et ce qu'ont réalisé MM. Schneider : *Il faut permettre à la mère de donner ce qu'elle possède.* Un bon conseil concernant la dépense de la fortune ne peut être utile que pour celui qui la possède.

Au Creusot, l'on a fait plus encore pour réduire la mortalité infantile, et je dois mettre en relief une autre cause agissant puissamment dans la réduction de la mortalité infantile. Cette cause, qui a échappé à l'énumération de M. Variot, c'est la *puériculture avant la naissance.*

Au Creusot, où depuis de longues années, grâce à l'intervention d'une femme de grand cœur, aucune ouvrière ne descend plus dans la mine, où quatorze femmes mariées seulement sont occupées dans les ateliers, les futures mères cessent leur travail et reçoivent l'assistance vers le cinquième mois environ de leur grossesse, c'est-à-dire dès que cette dernière est évidente et apparente. De plus, après l'accouchement, elles ne peuvent reprendre leurs travaux que munies d'un certificat médical constatant qu'elles le peuvent faire sans nuire à leur santé ni à celle de leur enfant.

D'où, absence de naissances prématurées par l'effet du surmenage ; aussi, les débiles, qui, quoi qu'on fasse, meurent si facilement et si souvent quelque temps après leur naissance, sont-ils rares au Creusot. C'est là une cause sur la puissance de laquelle on ne saurait trop insister.

En résumé, ainsi que je viens d'essayer de le démontrer, de par l'administration due à MM. Schneider, de par les dévouements des collaborateurs, le Creusot, établissement modèle à tant de titres, peut justement revendiquer encore celui d'établissement de puériculture.

J'ai eu l'honneur et la joie de faire connaître à l'Académie les mesures prises, les moyens employés par un philanthrope (M. Morel, de Villiers-le-Duc) pour réduire au minimum la mortalité infantile dans un petit village. Je n'ai pas moins de satisfaction à insister aujourd'hui, après M. Variot, sur le modèle qui est donné dans la ville industrielle du Creusot, et aux auteurs de cette belle organisation je suis heureux d'exprimer particulièrement comme puériculteur toute ma gratitude.

En terminant, je tiens à témoigner à notre confrère M. Variot l'expression de ma vive reconnaissance pour nous avoir fait connaître ces faits si intéressants et si instructifs.

Je propose à l'Académie de lui adresser des remerciements et de déposer honorablement son travail dans nos archives.

TROIS FORMES RARES D'ULCÈRE DU VAGIN ET DU COL UTÉRIN

Par le docteur **VAUTRIN** (de Nancy), professeur agrégé à la Faculté.

I

Il existe dans toute l'étendue du vagin, mais surtout dans la région vulvaire, un grand nombre de lésions plus ou moins communes, qui, à un stade quelconque de leur évolution, s'accompagnent d'ulcérations isolées ou confluentes, superficielles ou rongeantes, aiguës, subaiguës ou chroniques, que tous les auteurs décrivent avec un grand luxe de détails. Ces lésions ulcéreuses, qui relèvent pour la plupart de diathèses avérées, syphilis, tuberculose, carcinose ou dégénérescences néoplasiques, diabète, etc., peuvent aussi résulter d'infections, locales ou générales, et s'observer à la suite de maladies graves infectieuses (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, etc.) ou d'inflammations régionales (érysipèle, lymphangites, furonculose, blennorragie, chancrelle, etc.). Nombre d'affections cutanées, spéciales aux régions vulvaires et péri-vulvaires, aboutissent souvent aussi à la constitution d'ulcérations. Tous ces faits sont bien connus, et bien que pour beaucoup d'entre eux, l'esthiomène et le kraurosis vulvæ, par exemple, on discute encore sur leur pathogénie et leur nature, il n'y a pas grand intérêt à en publier de nouveaux exemples. Il n'en est pas de même pour les *lésions ulcéreuses de la partie profonde du vagin.* Celles-ci offrent un attrait tout spécial pour l'observateur, depuis que dans des travaux récents, Zahn, Beuttner et Thomson ont appelé l'attention sur *l'ulcère rond du vagin.* C'est la lecture de ces publications qui m'a incité à relater une observation relative à cette curieuse affection, et à rapprocher de cette dernière deux autres faits pathologiques, que l'on pourrait étiqueter du nom d'*ulcères phagédéniques vaginaux.*

Tout d'abord, je dois dire que les ulcères que j'ai observés, se séparent complètement des lésions ulcéreuses habituelles que l'on rencontre dans le vagin profond et sur le col, et qui sont dues aux diathèses ou aux infections générales et locales énumérées plus haut. Donc, dans les observations que je relaterai, il n'y a aucune influence pathogénique ou

contingente à accorder au cancer, au sarcome, à la syphilis, à la tuberculose, au diabète ou aux infections générales; et il en est de même dans les quelques faits qui se trouvent réunis dans les travaux de Zahn (1), de Beuttner (2) et de Thomson (3).

Sous le nom *d'ulcus rotundum simplex vaginæ*, Zahn, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Genève, a décrit le premier une lésion du vagin profond, exceptionnelle et d'allures assez bien caractérisées pour qu'il soit possible d'en faire une entité morbide. Comme cette affection a de nombreux points de ressemblance, par son évolution et son aspect clinique, avec l'ulcère rond de l'estomac, Zahn lui a donné le nom *d'ulcère rond simple du vagin*, dénomination qui a été acceptée et confirmée par Beuttner, de Genève, et par Thomson

En 1896, Beuttner mit au point la question en relatant dans un travail important tous les cas connus. Il publiait à cette époque les deux observations primordiales de Zahn, connues depuis 1894, un cas de Browicz (4), mentionné en 1887 *sous le nom d'ulcus corrodens de Clarke*, 2 faits de Braithwaite (5), 1 observation récente de Skowrowski (6) et enfin 2 cas personnels. Le mémoire de Beuttner renfermait donc 8 observations *d'ulcère rond simple* du vagin. Si l'on ajoute les 2 cas récents de Thomson, publiés en 1905, et celui que j'ai observé, on voit que la statistique peu imposante, sur laquelle on doit s'appuyer pour décrire l'ulcère rond du vagin, est vraiment bien réduite et peut-être insuffisante. Il n'est pas douteux qu'à ces 11 observations ne viennent bientôt s'en ajouter d'autres, et d'assez nombreuses, à mesure que la maladie de Zahn sera mieux connue et recherchée par les gynécologistes.

L'*ulcère rond du vagin*, observé à l'Institut d'anatomie pathologique de Genève, est une trouvaille d'autopsie. Sauf les deux relations cliniques de Braithwaite et celle de Skowrowski, tous les cas rapportés par Beuttner ont été rencontrés sur le cadavre. Les 2 observations de Thomson et la mienne ont été recueillies sur des malades relativement jeunes, bien portantes, sans tare organique sérieuse. Sur 11 faits, il y en

(1) ZAHN, *Archiv f. Path. Anat. und Phys.*, von VIRCHOW, Bd. XCV, p. 388. et Bd. CXV. p. 67.
(2) BEUTTNER. *Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, 1896, p. 121.
(3) THOMSON, *Zentr. bl. f. Gyn.*, n° 50, 1905, p. 1544.
(4) BROWICZ, *Centralb. f. Gyn.*, n° 26, 1887, p. 414.
(5) BRAITHWAITE, *Lancet*, 21 juillet 1894, n° 3699.
(6) SKOWROWSKI, *Centralb. f. Gyn.*, n° 10, 1895.

a donc 6 seulement qui ont la valeur de constatations cliniques, pouvant servir à étudier l'étiologie, la symptomatologie et le traitement, et 5 autres qui, par les détails histo-pathologiques auxquels ils ont donné lieu, permettent d'établir la cause et la nature des lésions. C'est peu pour décrire une maladie nouvelle, pour démêler ses caractères spéciaux et la placer dans le cadre clinique qui doit lui créer une personnalité nosologique. Aussi me bornerai-je à rapprocher ce que j'ai observé de ce qui a été antérieurement décrit, afin d'apporter un nouveau rayon de lumière dans la discussion qui ne manquera pas de s'ouvrir sur cet intéressant sujet.

Une première question va se poser avant toute autre, mettant en doute l'utilité et l'opportunité de la création d'une nouvelle entité morbide. D'aucuns nieront même la réalité d'un processus ulcéreux, toujours identique à lui-même, se séparant cliniquement et anatomiquement de ce que l'on observe habituellement dans le vagin profond. Beaucoup ne ressentiront pas le besoin de créer une catégorie spéciale pour certaines ulcérations d'allure particulière, qu'ils préféreront ne pas distinguer des lésions ulcéreuses variées que l'on rencontre dans les culs-de-sac vaginaux. Sur ce point, toutefois, on ne pourra qu'approuver les efforts de ceux qui cherchent à jeter quelque lumière sur la pathogénie et la thérapeutique de lésions jusqu'alors peu étudiées dans leur évolution et dans leurs rapports avec la constitution morbide du sujet. D'ailleurs, il est incontestable que par son installation silencieuse, par son aspect caractéristique, l'absence de toute malignité dégénérative, la constitution de son fond et de ses bords, le défaut de réaction et d'extension périphérique, son siège habituel, *l'ulcère rond simple du vagin* suffit à se créer une personnalité clinique, un habitus morbide, qui le placent à l'écart des autres lésions ulcératives vaginales. Il présente en un mot des caractères si tranchés, si personnels, que dans la pathologie on n'a pu le comparer qu'à une lésion d'allure singulière à coup sûr et tout à fait distinctive et autochtone : l'ulcère rond de l'estomac.

L'ulcère rond vaginal est donc objectivement marqué de caractères distinctifs; son évolution, comme sa pathogénie, contribuent également à lui donner un relief clinique et à lui tracer un complexus pathognomonique qui le fera désormais reconnaître et lui donnera sa valeur réelle en nosologie. En résumé, et sans prétendre à une définition qu'il serait prématuré d'établir, voici comment se présente à l'œil nu cette curieuse affection. C'est une perte de substance, de forme assez régulière, arron-

die le plus souvent, de dimensions petites (pièce de cinquante centimes ou de un franc), superficielle et n'intéressant que la muqueuse. Les bords taillés franchement, ne portent aucune induration, aucun relief, aucune coloration intense; ils sont parfois un peu décollés, mais non minés par le processus ulcératif. Le fond est plat, régulier, rouge, sans anfractuosités notables; il est recouvert d'une sécrétion purulente, plutôt rare et sans odeur de sphacèle. Le pourtour de l'ulcère n'est pas dur, ni infiltré: on n'y trouve aucune réaction inflammatoire ni douloureuse, aucune congestion périphérique. On a l'impression d'une lésion strictement localisée, qui ne traduit sa présence que par une certaine sécrétion purulente, et dont l'évolution reste silencieuse et presque indolente. Ajoutons que l'ulcère rond a un siège de prédilection à peu près exclusif, c'est le cul-de-sac vaginal postérieur, dans sa partie la plus postérieure et pour ainsi dire la plus élevée.

Une ulcération vaginale répondant à cette description, chez une malade indemne de tuberculose, de syphilis, de lésion vénérienne quelconque, sans tare générale, comme le diabète, et sans infection localisée du col ou du vagin, doit être considérée *comme un ulcère rond du vagin*. Aucune des ulcérations connues en clinique ayant même siège et même allure ne peut prêter à confusion, ainsi que je le démontrerai plus loin.

Les remarques établies par Beuttner au sujet *de l'étiologie* de l'ulcère rond vaginal découlent judicieusement des observations qu'il a interprétées; cependant, il semble nécessaire de les modifier quelque peu à la lueur des faits nouveaux de Thomson. Beuttner considère l'*ulcus rotundum* comme une lésion de l'âge avancé; or, l'une des malades de Thomson avait 22 ans seulement, la seconde, 31 ans, et ma patiente atteint à peine sa trente-huitième année. La malade de Skowrowski n'avait que 37 ans. Il est donc évident que l'âge a une importance bien secondaire.

Tous les auteurs qui ont étudié cette lésion, surtout au point de vue de l'étiologie pathologique, sont unanimes à accuser les altérations vasculaires et particulièrement l'artério-sclérose, d'être le *primum movens* de l'ulcus du vagin. Zahn, Beuttner insistent sur ce processus de l'oblitération vasculaire, qui ne paraît pas toujours vrai pour Thomson. Ils font remarquer que les femmes atteintes de l'ulcère rond vaginal étaient toutes dans un état de santé précaire, voisin de la misère physiologique, et qu'elles présentaient des altérations vasculaires avancées. Dans les cas où l'ulcus fut découvert à l'autopsie, on trouva non seulement des altérations vasculaires au voisinage de la lésion, mais encore des manifes-

tations morbides importantes vers les reins, le cœur, les plèvres (Zahn, Beuttner) indiquant une déchéance physiologique totale. Ces constatations n'ont rien d'étonnant, puisqu'elles ont été relevées après la mort; il est beaucoup plus intéressant de rechercher dans quel état de santé générale se trouvaient les malades chez qui l'ulcus vaginal a été constaté et traité pendant la vie.

Sur ce point, les deux observations de Braithwaite sont peu concluantes. Toutefois, la malade de sa première observation était âgée de 55 ans et se trouvait dans de mauvaises conditions de santé. Elle dut subir l'énucléation d'un œil pour une affection indéterminée. Un traitement tonique et fortifiant suffit à la remonter et à guérir l'ulcération vaginale. La patiente de Skowrowski présentait des lésions vasculaires avec une forte anémie, une dilatation de l'estomac et une certaine faiblesse. Elle n'avait rien au cœur. Ces cas corroborent jusqu'à un certain point l'opinion qui attribue à l'épuisement et à la faiblesse générale l'éclosion de l'*ulcus rotundum vaginæ*. Mais les observations de Thomson et la mienne vont à l'encontre de cette étiologie. Les deux malades de Thomson sont relativement jeunes; leur santé est loin d'être mauvaise, bien qu'elles présentent un peu d'anémie et que leur nutrition laisse à désirer. Chez ma malade, je ne constate pas d'anémie, ni de faiblesse générale; la nutrition se fait bien. On ne relève dans les antécédents qu'une mutilation opératoire (hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne) datant de dix ans.

De l'examen de ces différents faits cliniques il semble qu'on puisse conclure que l'ulcère rond du vagin n'est pas seulement le fait des malades épuisées et cachectiques, ou des femmes âgées atteintes d'artériosclérose; la lésion survient encore dans d'autres conditions chez les femmes anémiques ou affaiblies, chez de jeunes femmes fatiguées, ne présentant aucune altération du cœur et des reins ou ayant déjà subi des mutilations opératoires.

Au point de vue *pathogénique*, il aurait été utile de déterminer le passé génital des malades qui ont présenté l'ulcère rond vaginal, car il est à penser que les infections antérieures du vagin et surtout de l'utérus doivent jouer un rôle, sinon dans l'éclosion, au moins dans la préparation des accidents ulcéreux. Dans les faits de Zahn, de Browicz, de Beuttner, qui sont seulement des constatations nécropsiques, on ne peut trouver aucun renseignement sous ce rapport. Dans les relations des autres auteurs, on ne recueille guère plus de documents. Cependant une malade de Thomson,

qui n'avait pas eu d'enfants et qui souffrait dans le bas-ventre depuis deux ans, surtout au moment des règles, vit survenir l'ulcus après un coït. Cette femme avait des annexes un peu sensibles. L'autre patiente de Thomson éprouvait des souffrances dans le bassin, avait eu trois accouchements et un avortement ; ses règles étaient profuses et avaient causé de l'anémie. Dans ces deux cas, il existait donc des lésions utérines assez importantes et des restes d'infection génitale antérieure. Ma malade avait été opérée il y a dix ans, par Bouilly, pour des suppurations pelviennes d'origine blennorragique probable ; depuis cette époque elle était restée bien guérie et n'avait plus constaté aucun écoulement vaginal purulent. On ne saurait donc pour elle penser à l'influence d'une infection longtemps assoupie et soudainement réveillée, puisqu'au fond du vagin le col utérin avec ses glandes et l'utérus lui-même, qui font le lit au gonocoque et le retiennent indéfiniment en l'état latent, faisaient défaut et avaient fait place à une cicatrice terne et dure. Quoi qu'il en soit, avec Thomson je suis tenté d'accorder à l'infection, à l'inflammation plus ou moins chronique et permanente, sujette à de soudaines et insidieuses recrudescences, une certaine influence dans la production de l'ulcus. S'agit-il là nettement et simplement d'une lésion microbienne localisée, ensemencée dans un département limité et superficiellement disposé de la muqueuse ? Ou bien la perte de substance est-elle provoquée par l'action irritante et corrosive de la sécrétion utéro-cervicale, tombée dans le cul-de-sac vaginal postérieur et laissée longtemps au contact d'une muqueuse insuffisamment vascularisée et mise en état de moindre résistance par un mauvais état général, une circulation insuffisante ou une nutrition défectueuse ? Cette dernière hypothèse, émise par Clarke autrefois, reprise par Klebs (1) pour l'ulcère du vagin en général, soutenue par Browicz, ne semble pas sans valeur à Beuttner. Elle a le mérite de se rapprocher de la théorie de la formation de l'ulcère rond dans l'estomac, que de nombreux auteurs considèrent comme produit et entretenu par l'action corrosive du suc gastrique. Le liquide purulent excrété du canal utéro-cervical serait déversé sur la paroi postérieure du vagin et déterminerait, par son contact prolongé ou répété, une lésion ulcéreuse, d'autant plus profonde et plus étendue qu'il existerait auparavant dans la muqueuse des troubles circulatoires et nutritifs primordiaux. Cette idée pathogénique expliquerait assez rationnellement le siège préféré de l'ul-

(1) *Handbuch der path. Anat.*, 1876, Bd. I, p. 875.

cus au niveau de la partie élevée du cul-de-sac vaginal postérieur, un peu à gauche de la ligne médiane, juste en arrière et en regard de l'extrémité du col utérin. On ne peut se défendre d'élever contre cette théorie une certaine critique, puisque d'abord elle ne peut s'appliquer à tous les cas — le mien en est un exemple — et ensuite parce qu'il est difficile de s'imaginer une action assez corrosive et assez irritante des liquides utérins pour provoquer une ulcération à l'emporte-pièce, sans produire tout autour une réaction au moins perceptible ou même une simple rougeur. Nous pouvons donc admettre sans conteste que cette théorie pathogénique ne s'applique pas à tous les cas, bien qu'elle ne soit pas dépourvue de vraisemblance.

Quant à la première hypothèse émise plus haut, qui attribuerait à une influence septique la production de l'ulcus, elle me paraît mériter la préférence. Il faut d'abord remarquer que l'ulcère rond se produit avec prédilection au voisinage du col utérin et dans le cul-de-sac postérieur, là où il existe des glandes erratiques dispersées dans la muqueuse, glandes analogues à celles du col utérin et qui, comme ces dernières, sont susceptibles de s'enflammer, de conserver longtemps le germe infectieux assoupi, jusqu'au moment d'un réveil soudain. Il est admis que la muqueuse vaginale ne renferme pas de glandes, mais il n'en est pas moins vrai que dans la région juxta-cervicale il en existe d'assez développées, disposées parfois en petits groupes. Ces petits bouquets glandulaires enflammés ne sont-ils pas capables de déterminer un état de nécrose superficielle ? Que l'inflammation agisse seule ou qu'elle s'allie, pour produire l'ulcère, à des troubles vasculo-nerveux, il est certain qu'on peut expliquer ainsi l'insidiosité, le siège et la forme de la lésion. Il est peut-être plus malaisé d'interpréter de même manière l'aspect de l'ulcère rond, dont le fond est plat, rouge, uni et les bords nets et sans irrégularités. On est habitué, après la nécrose inflammatoire, à voir les pertes de substance moins régulières et moins atones, à les trouver accidentées et à bords frangés, à les voir bourgeonner et se réparer rapidement. L'ulcère rond, au contraire, sécrète peu et a une tendance peu marquée à la réparation. Il semble taillé à l'emporte-pièce, et c'est bien là ce qui donne un certain crédit à la théorie de l'oblitération vasculaire, que je vais examiner rapidement.

Zahn, Beuttner, Browicz, dans leurs examens attentifs de l'ulcère et des tissus voisins, ont démontré l'existence de lésions vasculaires avancées. Les malades avaient succombé à des lésions variées, intéressant

plus ou moins le cœur, les reins, le foie, les plèvres, etc., mais le système circulatoire était principalement intéressé, et l'on constatait les traces de l'artério-sclérose ou de l'endartérite généralisée. Au pourtour de l'ulcère, les branches artérielles étaient oblitérées ou en voie d'oblitération. Dans ces observations, c'est donc par le mécanisme de l'embolie ou de la thrombose vasculaires que les accidents peuvent être interprétés; et l'on explique parfaitement ainsi la soudaineté de l'accident, son indolence, sa forme régulière limitée à un petit département vasculaire et l'absence de réaction périphérique. Ce qui ajoute encore à cette théorie un caractère évident de vraisemblance, c'est la constatation, plusieurs fois signalée dans les observations, de petites ecchymoses dispersées sur la muqueuse très superficiellement, et qui ne sont autre chose que le premier stade de l'ulcère. Ces petites suffusions sanguines, de coloration brune ou violacée, sont le signe d'une circulation arrêtée dans les petites branches artério-veineuses et d'un acheminement vers la nécrose, qui devient visible et patente après la chute de l'épithélium vaginal. S'agit-il là d'un simple phénomène de nécrose, résultant des progrès de l'oblitération vasculaire, sous l'influence isolée de l'athérome, ou bien faut-il admettre que, sur ce terrain mal irrigué et mal nourri de la muqueuse vaginale, des germes infectieux viennent jouer un rôle adjuvant et compléter par une poussée inflammatoire l'oblitération vasculaire, déjà imminente ? Sur ce point, on ne saurait rien affirmer, pas plus d'ailleurs qu'on ne peut se prononcer sur l'origine nettement septique de l'ulcère de l'estomac. Notons, toutefois, en passant, qu'aujourd'hui Mayo Robson et Moynihan ont tendance à considérer l'ulcère rond stomacal comme le résultat d'une lésion infectieuse d'origine peut-être buccale. Pour l'ulcère rond vaginal, il n'est pas ridicule de penser que le premier facteur important de la nécrose insulaire est la sclérose vasculaire et l'insuffisance nutritive, et que le second, l'infection, apporte son réel contingent dans la genèse de la lésion. L'infection dans le vagin est un phénomène banal, nous le savons; et si l'ulcère rond y est si rare, c'est que le premier facteur pathogénique, l'oblitération vasculaire, se manifeste exceptionnellement avec une intensité suffisante. Que la suppuration, issue des follicules enflammés du col ou de l'utérus, agisse, comme le pensent Klebs et Beuttner, par son action irritante et corrosive, ou bien que ses microorganismes s'infiltrent dans la muqueuse pour impressionner les parois vasculaires et mettre en jeu une phagocytose interstitielle insuffisante, peu importe; le résultat sera le même : la nécrose dans un

département artériel limité ou dans plusieurs départements voisins.

D'aucuns préféreront parler en l'espèce de troubles trophiques, de lésions nerveuses, d'origine et d'essence infectieuses également. Je reviendrai sur cette théorie, que corroborent de nombreux faits-divers, à propos d'une forme d'ulcère vaginal que j'ai observée chez une jeune hystérique de 20 ans. L'*ulcus rotundum*, avec ses caractères si spéciaux qui en font une lésion nécrotique, superficielle, d'emblée constituée et sans extension ultérieure progressive, s'accommode mal de cette pathogénie, qui éveille plutôt l'idée de troubles plus diffus et plus étendus. Cependant on ne peut se défendre de faire intervenir ce processus génétique, pour expliquer la formation de l'ulcère rond, dans le cas suivant, que j'ai observé et qui m'a donné l'idée de ce travail.

Obs. — Mme D..., âgée de 38 ans, d'une santé excellente avant son mariage, non syphilitique, a souffert de troubles utérins et annexiels sérieux depuis l'âge de 24 ans jusqu'à 27 ans, époque où Bouilly a dû enlever, par voie vaginale, l'utérus et les annexes. Il s'agissait, dit la malade, de suppuration pelvienne d'origine blennorragique. Depuis cette opération, Mme D... a retrouvé une bonne santé régulière, qui lui a permis de se livrer aux soins de son ménage et à la surveillance d'un important commerce. C'est une femme grande, forte, de complexion robuste, peu habituée à compter avec de petites indispositions, peu nerveuse et toujours active.

Il y a 18 mois, c'est-à-dire environ 10 ans après l'opération subie, elle éprouva dans le vagin quelques sensations de picotement pénibles, en même temps qu'apparaissaient des écoulements blancs purulents persistants. Je fus consulté à cette époque et je reconnus dans le vagin, au niveau du cul-de-sac postérieur, un peu à gauche de la ligne médiane et à une distance de 4 centimètres de la cicatrice vaginale opératoire, une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Cette ulcération présentait une forme régulière, presque rigoureusement circulaire, avec des bords nettement découpés, aplatis et non congestionnés. Le fond était plat, sans anfractuosités, de couleur rouge, et recouvert d'une légère nappe de pus. L'attouchement de la petite plaie déterminait une légère sensation douloureuse, mais la muqueuse voisine, de coloration rosée normale, n'était pas sensible à la pression. A gauche de cet ulcère et vers la paroi latérale du vagin, on voyait une autre perte de substance plus petite, ayant les dimensions et la forme d'une lentille, à bords taillés à pic, le fond en était rouge et la profondeur de 3 à 4 millimètres seulement.

Ces deux lésions n'étaient nullement la conséquence d'une infection du vagin, car les parois de cet organe étaient saines, d'une couleur rosée légère, et la cicatrice n'offrait aucune trace de fistule ou d'inflammation de voisinage. La vulve elle-même était indemne de toute trace de contamination ou d'irritation.

Depuis son opération, la malade n'avait jamais remarqué d'écoulement semblable. De plus, aucun traumatisme ne pouvait être incriminé dans la production des ulcérations.

Je me contentai d'abord de prescrire des injections vaginales antiseptiques et de cautériser légèrement le fond des ulcérations au crayon de nitrate d'argent. Je n'obtins aucun résultat. J'employai successivement en applications locales la solution de chlorure de zinc à 1/10 et la teinture d'iode. Après trois mois de traitement, l'écoulement purulent avait fortement diminué, la petite ulcération avait disparu, mais l'ulcère principal persistait encore, bien que réduit des deux tiers environ. La guérison complète en fut lente et, avant que la cicatrisation ne fut entière, un nouvel ulcère apparut en quelques jours, à 1 centimètre environ en avant de l'ancien, offrant les mêmes caractères objectifs et la même résistance au traitement. Il y a à peine six mois que ce troisième ulcère a disparu. Dans l'intervalle et au cours du traitement, j'ai aperçu à plusieurs reprises, sur la muqueuse du vagin profond, des tâches bleuâtres, véritables boursouflures ressemblant à des ecchymoses superficielles, qui disparurent sans donner de nouvelles pertes de substance. Récemment enfin je fus consulté de nouveau par la malade, et je reconnus l'existence d un nouvel ulcère, ressemblant aux précédents, au fond du cul-de-sac postérieur. Jusqu'alors les attouchements à la teinture d'iode paraissent modifier l'allure torpide de la perte de substance, qui commence à se combler peu à peu.

Durant tout ce temps, l'état général de la malade est resté très satisfaisant. Il est aisé de vérifier que les fonctions cardio-rénales sont intactes et qu'il n'existe d'autre trouble qu'un certain degré d'entérite.

La pathogénie de l'ulcère rond à répétition, dans le cas que je viens de relater, ne cadre pas exactement avec celle que les auteurs ont admise jusqu'alors. Chez ma malade, la santé n'est pas altérée sensiblement, il ne semble pas exister de lésions vasculaires, ou du moins il n'est pas possible d'en déceler les symptômes. D'autre part, il est évident qu'il faut tenir compte ici du traumatisme opératoire antérieur, qui a modifié la nutrition dans les tissus du bassin et a pu engendrer des troubles trophiques consécutifs. Bien que la manifestation ulcéreuse ait mis dix ans pour se montrer, on ne peut nier, je crois, que l'hystérectomie vaginale ait créé une certaine prédisposition à l'éclosion de l'ulcère. Quel est l'autre facteur qui a joué le rôle de cause déterminante ? Ce n'est pas une infection surajoutée d'origine extérieure, car on ne retrouve dans le vagin, ni sur la vulve, aucune trace d'une inflammation contemporaine du début de l'affection, et la malade se refuse à l'admettre et à y croire. D'ailleurs, au cours de mes examens et lors des récidives ulcéreuses successives, je n'ai constaté aucune vaginite, aucune rougeur sus-

pecte du cul-de-sac ou des plis vaginaux. Existe-t-il des folliculites infectieuses du vagin profond ? Je répondrai simplement, pour combattre cette hypothèse, que dans la région où ont apparu les ulcères, les follicules n'existent pas, et que je n'ai jamais observé, ni la rougeur, ni la saillie que l'on rencontre généralement au niveau des glandes enflammées. Du reste, la suppuration de ces follicules ne peut donner lieu à de semblables ulcérations.

En tenant compte de la production insidieuse de l'ulcère, de sa répétition en différents points d'une région limitée, j'ai tendance à attribuer la lésion à des troubles nerveux trophiques, à une sorte de névrite infectieuse intéressant principalement quelques branches du sympathique pelvien. Remarquons qu'il existe en même temps de l'entérite, et cela depuis une ou deux années seulement, au dire de la malade. Ne serait-il pas possible d'attribuer l'entérite à la même cause pathogénique qui a créé l'ulcère vaginal ? Ce serait alors par des troubles nerveux, remontant peut-être, comme origine, à l'époque de l'inflammation utéro-annexielle ancienne, qu'on pourrait expliquer le complexus clinique actuel.

Quoi qu'il en soit, l'interprétation des phénomènes qui président à l'éclosion de l'ulcère vaginal est donc loin d'être univoque, comme l'indiquent Zahn et Beuttner. Les observations de Thomson et la mienne montrent que l'ulcère rond du vagin peut survenir chez des personnes jeunes, bien portantes, sans lésions de sclérose vasculaire généralisée; il semble que dans ces cas on doive surtout incriminer des troubles trophiques, exagérés par une infection récente ou ancienne et latente. Quant au rôle joué par le traumatisme, par un coït impétueux, dans la production de l'ulcère, je n'ai pas tendance à y croire, malgré l'opinion de Thomson, bien que, dans un fait rapporté par cet auteur, la lésion se soit révélée aussitôt après le coït.

L'ulcère rond vaginal a une *symptomatologie* encore obscure, car il faut reconnaître qu'une partie des cas a été observée seulement après la mort. Braithwaite signale une sensibilité un peu pénible du vagin au début; Skowrowski a noté chez sa malade des malaises plus prononcés et caractérisés par des brûlures dans le vagin, du ténesme vésical, de vives douleurs durant la miction et des irradiations dans la sphère génitale. Ma malade a éprouvé seulement des picotements désagréables dans le vagin et un peu de lourdeur dans le bas-ventre. Ces variations dans les symptômes du début s'expliquent par le nervosisme

des malades et aussi par l'état morbide des organes voisins. Il est à noter, d'ailleurs, que les affections ayant pour siège le cul-de-sac vaginal postérieur déterminent généralement peu de douleur; rien d'étonnant alors à ce que l'ulcère rond, dont la surface est presque insensible à l'attouchement, ne dénonce sa présence que par des signes peu appréciables.

Le symptôme principal est l'écoulement purulent. Cette suppuration, toujours peu abondante, à cause surtout de l'exiguïté de la surface sécrétante, n'est pas remarquée chez les femmes qui présentent de la leucorrhée ou des écoulements utéro-vaginaux. Chez ma malade, qui était privée de ses organes utéro-annexiels et qui ne perdait plus aucun liquide depuis longtemps, ce fut le signe révélateur. Le pus est épais, jaunâtre, rarement mélangé de sang; il est assez consistant et s'accumule volontiers dans la partie profonde du vagin, où il peut amener par son séjour prolongé de la rougeur et de l'irritation. Cependant chez Mme D... je ne remarquai jamais aucune inflammation de la muqueuse au contact du pus provenant de l'ulcère, ce qui est le présage d'une septicité bien atténuée.

Les lésions anatomiques offrent des signes objectifs plus importants. L'ulcère commence par une tache brune bien limitée, avec soulèvement de l'épithélium. Cet épithélium détaché tombe assez rapidement et met à nu une perte de substance, qui creuse sur une profondeur de 3 à 4 millimètres seulement et s'étend irrégulièrement à la périphérie. Elle se limite bientôt par des bords bien vascularisés, taillés à pic, sans décollement notable. Pas d'élevure ni de relief sensible sur les bords, qui ne sont point congestionnés et boursouflés. Pas d'induration ni d'infiltration de voisinage. Le fond de l'ulcère est rouge, plat, constitué par un tissu infiltré de petites cellules et de faisceaux musculaires entourés de graisse (Zahn). Le foyer de nécrose, dit Browicz, se trouve en tissu sain; autour de l'ulcère se rencontre un épithélium normal, sans aucune altération, et on trouve seulement, sur le fond des vaisseaux oblitérés et dans le substratum voisin, des vaisseaux rétrécis gorgés de nombreuses cellules, dont quelques-unes fusiformes.

J'ai pu saisir sur le fait la production de l'ulcère vaginal et vérifier son apparition au niveau des taches brunes signalées déjà par Beuttner. Souvent ces taches sont réduites à des points restreints, et la chute de l'épithélium découvre une perte de substance très faible, qui se cicatrise assez rapidement. Quand ce processus est plus important, l'ulcère se

constitue et peut durer plus ou moins longtemps, sans tendance naturelle à la cicatrisation. J'ai vu des taches brunes, avec soulèvement épithélial insignifiant, qui n'aboutissaient pas à l'ulcération; il est probable que dans ces cas la circulation, momentanément interrompue, se rétablissait par les mêmes vaisseaux devenus perméables ou par des voies collatérales. Les taches ecchymotiques sont donc un excellent symptôme prémonitoire de l'ulcère, qui ne sera perçu que rarement et par un observateur très attentif, mais c'est un symptôme de valeur, des plus utiles pour le diagnostic.

Le *diagnostic* de l'ulcère rond devra être fondé sur les symptômes précédents, et d'abord sur la forme, la marche et l'aspect de la lésion. C'est également par exclusion des autres variétés d'ulcération vaginale qu'il pourra être établi. Il faudra d'abord exclure *la syphilis*, dont les manifestations sont si nombreuses et si diverses ; *la tuberculose*, dont l'allure extensive et destructive constituera un bon signe distinctif; *l'épithélioma pavimenteux*, dont la marche envahissante est si caractéristique ; *le sarcome*, qui envahit aussi et progresse d'abord sans s'ulcérer. Avant de poser le diagnostic d'ulcère rond, on pensera aussi aux ulcérations vaginales provenant d'une vaginite intense, saprophytique ou non, d'une infection plus ou moins ancienne, aux effets d'un traumatisme, de l'onanisme, d'un effort balistique, etc. Toutes ces circonstances doivent être envisagées, avant de conclure à l'ulcère rond. Au besoin, un examen bactériologique mettra hors de cause les lésions microbiennes, analogues au noma de la joue (fuso-spirilles), de même que celles qui pourraient être rapportées au bacille de Koch, à certains streptocoques virulents, ou qui succèdent aux maladies infectieuses, fièvre typhoïde, rougeole, variole, scarlatine, érysipèle, etc. On rencontre parfois à la vulve des lésions ulcéreuses, plus ou moins isolées ou confluentes, dont la nature est loin d'être définie, et que certains auteurs rattachent, sans preuves bien convaincantes, à une tuberculose larvée, à une syphilis douteuse, à la scrofule, à l'arthritisme, etc. Ces ulcérations se prolongent parfois vers le canal vaginal, exceptionnellement jusqu'aux culs-de-sac. Il est évident que la concomitance de ces stigmates vulvaires avec un ulcère profond du vagin autorisera à exclure le diagnostic d'ulcère rond, tel que nous le concevons. Il en sera de même, si l'on constate à la vulve des traces de leucoplasie, de kraurosis ou d'éléphantiasis, qui peuvent se compliquer d'ulcération.

Virchow a décrit à la vulve, sous le nom d'*ulcus vulvæ rodens*, une affection rare, dont Schröder, en 1877, et Schmidlechner, en 1904, ont observé des exemples. Cette ulcération chronique, qui n'a aucune tendance à la guérison et qui ne relève ni de la tuberculose, ni d'une syphilis avérée, ni du cancer, se sépare de l'*ulcus rotundum* du fond du vagin par ce fait important, qu'elle s'accompagne d'une hyperplasie diffuse des parties environnantes.

Lorsque le diagnostic différentiel avec les lésions vulvaires ou vaginales précédentes aura été établi, il sera encore nécessaire, avant de conclure à l'ulcère rond vaginal, de vérifier si l'on ne trouve pas dans l'existence de diathèses les raisons de l'apparition de l'accident ulcéreux. L'albuminurie, le diabète, les troubles circulatoires, hépatiques, rénaux, les tares, comme l'alcoolisme, peuvent singulièrement prédisposer aux ulcérations des muqueuses, sous une forme, il est vrai, moins nettement définie et particulière.

Traitement. — L'ulcère rond vaginal n'a pas en général une tendance bien marquée à la guérison spontanée. La perte de substance a un fond atone, dépourvu de bourgeons et fournit une sécrétion purulente peu abondante. Il est difficile, ainsi que j'ai pu en juger, de stimuler la vitalité des tissus qui constituent le fond et les bords, et dès qu'on a pu susciter un travail de bourgeonnement et de réparation, c'est avec lenteur que la cicatrisation s'accomplit. Les agents excitants que l'on pourrait préconiser sont le nitrate d'argent, le chlorure de zinc en solution à 1/10 et surtout la teinture d'iode, qui m'a donné un bon résultat. Le thermo-cautère risque d'agrandir les dégâts.

Sans aucun doute, les injections vaginales antiseptiques jouent un rôle utile et même indispensable. Elles détergent régulièrement l'ulcère, le débarrassent des sécrétions purulentes qui restent à son contact, et sont un excellent préventif contre l'infection par les saprophytes du vagin. Les lavages au tampon et les attouchements réguliers sont l'adjuvant précieux des irrigations fréquentes.

En cas de persistance de l'ulcère et d'insuffisance du travail réparateur, il serait indiqué d'imiter la conduite de Skowrowski et de faire l'ablation de la lésion au bistouri, suivie de la suture de la plaie cruentée. Rien ne s'oppose alors à une réunion par première intention, puisque la vascularisation des tissus voisins et l'absence de toute inflammation sont des facteurs favorables.

Il faut tenir compte, sinon de la tendance de l'ulcère à l'extension, du

moins de la possibilité d'autres accidents semblables sur la muqueuse vaginale. Il existe, en effet, dans les vaisseaux ou dans les nerfs de la région, souvent dans les deux organes, des altérations qui prédisposent à l'éclosion de nouvelles lésions. Bien qu'un traitement général ait peu de chances d'amener une modification dans la vitalité des tissus vaginaux, il est bon cependant d'administrer l'iodure dans le cas d'endartérite, la digitale ou la caféine si la perméabilité des vaisseaux est en cause, et des stimulants nerveux s'il s'agit de troubles trophiques.

En même temps que le traitement médical, il est indispensable de poursuivre dans le vagin, et principalement dans le col et le corps de l'utérus, la destruction de tous les germes infectieux, qui apportent fréquemment leur concours à la production de l'ulcère. Pour la même raison, on assainira l'intestin, en combattant la constipation ou l'entérite.

Chez les femmes débiles, atteintes de lésions cardiaques, hépatiques ou rénales, on variera la thérapeutique et l'on s'attachera à relever l'état général par la suralimentation et les toniques variés.

II

J'ai observé, il y a quelques années, un autre fait d'ulcération vaginale fort intéressant, et que je n'ai pu rattacher à une classification nosologique que quand j'ai eu connaissance de l'*ulcère de Clarke*. Malheureusement, je n'ai gardé sur la malade qui a fait l'objet de mon examen que des détails trop résumés et insuffisants. Voici ce que mes souvenirs me permettent de rapporter :

Il s'agissait d'une femme de 30 ans, mariée, et qui avait eu deux enfants bien portants. Pas d'avortement antérieur. La santé générale était bonne, et il n'existait chez cette patiente aucune trace de syphilis, ni de tuberculose. Elle vint me consulter pour des pertes continues, sanguinolentes, survenues depuis quelques semaines. Malgré ces pertes, les règles étaient restées régulières et abondantes; mais l'état général avait subi quelques atteintes par les écoulements vaginaux, et il existait un degré d'anémie assez prononcée.

J'examinai au spéculum et je trouvai un col utérin gros, un peu dilacéré par les accouchements antérieurs, entr'ouvert, avec une légère éversion de la muqueuse endocervicale. La lèvre postérieure était saine, mais l'antérieure portait sur la partie juxtavaginale une ulcération irrégulière et déchiquetée, plus étendue transversalement que verticalement, et qui intéressait la muqueuse extérieure du col, depuis l'insertion du cul-de-sac vaginal antérieur

jusqu'à l'extrémité inférieure de la lèvre. Cependant, entre la muqueuse endocervicale éversée et le bord inférieur de l'ulcération, il existait une languette de tissus sains d'environ 1 centimètre de largeur, de sorte que la lésion apparaissait comme développée sur la face antérieure du col et plutôt aux limites de l'insertion du cul-de-sac vaginal antérieur.

Cette ulcération avait des bords découpés, violacés et tuméfiés; le cul-de-sac vaginal antérieur semblait induré jusqu'à une distance de 1 à 2 centimètres. Le fond de l'ulcère était grisâtre, irrégulier, avec des lambeaux de tissus en voie de sphacèle et des anfractuosités où des caillots sanguins se mélangeaient à un ichor purulent. Le bord supérieur de l'ulcération était décollé et miné par le processus ulcéreux.

En quelques jours et sous mes yeux, l'ulcération s'accrut sensiblement, me donnant l'idée d'un phagédénisme assez rapide. Je ne trouvais pas à l'affection les allures de la syphilis, ni celles de la tuberculose; je pensai plutôt à l'épithélioma, et après quelques attouchements à l'iode et par les caustiques, qui restèrent sans aucun effet utile, je me décidai sans autre forme de procès à amputer le col. Cette détermination me fut imposée par la marche envahissante de l'affection, qui, en trois semaines, avait gagné d'environ 1 centimètre vers le cul-de-sac vaginal, mettant à nu la face antérieure du segment inférieur de l'utérus, tandis que le pourtour de l'orifice cervical externe restait toujours indemne. Je pratiquai l'amputation sus-vaginale du col, m'attachant à extirper sur la muqueuse vaginale toute la zone suspecte et indurée. Les suites de l'opération furent très favorables, et la cicatrisation fut obtenue en trois semaines, sans aucun incident.

Je m'attendais d'une part à ce que l'histologie pathologique confirmerait mon diagnostic d'épithélioma pavimenteux et d'autre part à ce que la récidive surviendrait sans trop tarder. Or il fut démontré par l'examen microscopique, dont je ne possède qu'une mention trop succincte, qu'il n'y avait aucune trace de lésion maligne ni de prolifération cellulaire, et qu'on ne trouvait que la caractéristique des lésions banales de l'inflammation et du sphacèle par oblitération vasculaire. D'ailleurs, depuis 1894, époque de l'opération, jusqu'à ce jour, aucune récidive n'est survenue, et l'opérée continue à jouir d'une santé parfaite.

Si je consens à exhumer ce fait clinique, beaucoup trop concis et peu démonstratif en raison de l'absence de détails cliniques et histologiques, c'est parce qu'il est possible de l'interpréter aujourd'hui à la lumière de faits plus récents. S'agissait-il d'une de ces plaques de sphacèle analogues au noma de la joue, où l'on rencontre les fuso-spirilles de Vincent et qui progressent avec des allures de nécrose extensive jusque dans les tissus profonds? Je ne puis l'affirmer, car l'examen bactériologique ne fut pas demandé. J'ai cru pouvoir faire rentrer l'ulcération observée dans la catégorie des lésions ulcéreuses décrites par Clarke, en 1821, dans

Observations on the diseases of females, sous le nom *d'ulcère phagédénique du vagin*. Il est possible que ces ulcérations phagédéniques, étudiées bactériologiquement, représentent des manifestations nécrosantes, dans lesquelles les spirilles jouent un rôle pathogénique jusqu'alors inconnu. L'ulcère de Clarke entrerait alors dans la catégorie de ces lésions infectieuses, rares même dans la bouche, encore plus exceptionnelles dans le vagin, dont la cure est si difficile et le danger d'extension si grand.

Si le fait d'ulcère phagédénique que j'ai observé sur la lèvre antérieure du col peut être classé parmi les infections analogues au noma, on doit s'étonner que je n'aie pas constaté dans la marche clinique de cette affection une malignité plus grande, de la fièvre, une réaction générale vive et une tendance plus marquée à l'extension rapide en surface et en profondeur. C'est là, en effet, ce qui me fait douter qu'on puisse établir rétrospectivement une analogie évidente entre cette ulcération, qui a mis des semaines à s'installer et à progresser, qui a résisté aux applications de teinture d'iode sans subir aucune modification, et qui, après l'exérèse, a guéri sans aucun incident, et le noma qui offre un tableau clinique plus sévère et plus grave.

Jusqu'à plus ample informé, et en attendant que d'autres faits bien étudiés aient démontré la véritable pathogénie infectieuse de *l'ulcère de Clarke*, je dois ranger l'observation précédente dans la classe encore obscure des ulcérations vaginales phagédéniques décrites par Clarke. Nous savons sur ces lésions bien peu de choses, et nous sommes dans la nécessité de nous en rapporter à la description résumée qu'en donnent Clarke et Beuttner, qui les considèrent comme une forme de gangrène de l'utérus, commençant sur la portion vaginale du col, s'étendant peu à peu sur la plus grande partie du corps de l'utérus, produisant un épaississement et une induration des tissus sous-jacents, avec nécrose irrégulière et hémorragies fréquentes et considérables. La mort pourrait survenir par les progrès de la gangrène et par l'épuisement résultant des pertes de sang et des sécrétions ichoreuses. Forster (1) et Klebs (2) ont décrit, avec examen microscopique, deux faits d'ulcère de Clarke, qu'il peut être utile de consulter au point de vue des lésions histologiques pures.

---

(1) Forster, *Handbuch der speciellen path. Anat.*, p. 447, 1863.
(2) Klebs, *Handbuch der path. Anat.*, p. 873, 1876.

III

Voici une autre forme d'ulcère phagédénique du vagin qui est soumise à mon observation depuis plus d'un an, et qui par sa pathogénie et sa résistance à toute tentative thérapeutique, n'a pas laissé de m'intriguer jusqu'aujourd'hui :

Mlle N., âgée de 20 ans, n'a jamais présenté d'antécédent morbide jusqu'à ces dernières années. Issue de parents robustes et sains, elle n'a qu'une sœur plus âgée qu'elle et d'une excellente santé. Elle a été réglée à 13 ans, sans difficulté, et cette fonction s'est accomplie normalement jusqu'à 18 ans. Vers l'âge de 16 ans, durant son séjour dans un pensionnat, elle fut prise de quelques accidents nerveux, qui furent avec raison rattachés à l'hystérie, troubles de la sensibilité, dermographisme, douleurs vagues dans certains départements nerveux, etc. A 18 ans, survinrent quelques suppressions menstruelles, des écoulements leucorrhéiques abondants, en même temps qu'apparaissaient de l'inappétence, des vomissements intermittents et des modifications notables dans l'habitus extérieur et le caractère.

Au moment où je vis cette malade, c'est-à-dire à l'âge de 19 ans, il existait dans le vagin, sur le col utérin, une lésion ulcérative qui avait beaucoup intrigué mon maître, le professeur A. Herrgott, avec qui je continuai à voir la malade.

Cette lésion était caractérisée par une perte de substance intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse, siégeant sur la lèvre antérieure du museau de tanche, en un point rapproché de l'insertion de la paroi vaginale antérieure. Cette ulcération était saignante, à bords découpés, irréguliers, décollés; le fond était rosé, de coloration un peu pâle; il n'existait aucune induration périphérique. On ne remarquait aucune tuméfaction appréciable du col, aucune altération inflammatoire de la muqueuse endo-cervicale. L'utérus lui-même ne présentait pas de traces de métrite récente ou ancienne; son volume était resté normal, et on ne trouvait qu'une antéflexion un peu exagérée du corps. Les annexes étaient saines. A la surface de l'ulcération, on constatait une sécrétion purulente peu abondante, que le frottement d'un petit tampon de coton détergeait facilement, sans déterminer de douleur réelle. Pas de lymphangite appréciable sur les côtés du col.

La première idée qui nous vint fut qu'il s'agissait là d'une manifestation de la syphilis ou de la tuberculose. Or, rien dans les antécédents de la malade, ni dans son examen physique, ne pouvait justifier l'hypothèse d'une lésion bacillaire; nous crûmes donc devoir nous rallier à la pensée d'une ulcération syphilitique. Bien que notre interrogatoire sur ce point restât négatif, un traitement spécifique fut institué par des injections sous-cutanées de biiodure d'hydrargyre et par l'iodure à l'intérieur. Au bout d'un mois de ce traitement,

combiné à des injections vaginales antiseptiques, le résultat fut nul. Au contraire, l'ulcération cervicale s'était étendue progressivement au cul-de-sac vaginal antérieur et avait envahi toute la lèvre antérieure du col, non seulement en surface, mais encore en profondeur. La perte de substance était devenue un cratère, dont le fond était rempli de débris grisâtres, sphacélés, baignant dans un ichor fétide et sale. Ce nouvel aspect de la lésion et l'inefficacité du traitement spécifique nous firent rejeter l'hypothèse de la tuberculose et celle de la syphilis.

Tandis que l'ulcère vaginal prenait cette allure phagédénique, d'autres manifestations se produisaient sur le corps. C'étaient d'abord des stigmates sur les bras et la poitrine, représentés par des taches rouges disposées en traînées verticales, régulières, dessinant des lettres ou des figures géométriques. Ces taches, ressemblant à des suffusions dermiques, se produisaient en quelques heures et disparaissaient en un jour. Ce furent ensuite d'autres lésions cutanées, plus intenses, constituées par des plaques de sphacèle superficiel. La première plaque de gangrène fut observée sur la partie interne du sein gauche; ses dimensions étaient de 8 centimètres de diamètre. On remarqua d'abord à ce niveau une coloration bleuâtre de la peau, avec tuméfaction œdémateuse, puis des îlots de couleur noire, qui envahirent peu à peu toute la plaque.

Le sphacèle se produisit en nappe sur toute l'étendue de la partie œdématiée, comprenant seulement la couche superficielle du derme, sans aucune réaction périphérique, ni profonde, avec légères brûlures et douleurs vives prémonitoires. Quelques jours après l'apparition de cet îlot de gangrène cutanée, une manifestation semblable se produisit à gauche, en un point presque symétrique et sur une surface approximativement équivalente. Puis d'autres plaques de gangrène superficielle survinrent sur les bras et sur la région externe des cuisses, évoluant toutes de la même manière, avec douleurs prémonitoires et sans troubles généraux appréciables. Après l'élimination de la surface sphacélée, le derme bourgeonnait rapidement et la réparation s'opérait en quelques jours, laissant à sa suite une cicatrice plissée et blanche indélébile.

Ces accidents de sphacèle durèrent environ six semaines, puis disparurent sans aucun traitement; depuis cette époque, ils n'ont plus reparu. Tandis qu'évoluaient ces manifestations curieuses à la peau, l'ulcération vaginale s'accroissait de jour en jour, décollant les insertions de la vessie à l'utérus et s'attaquant électivement au tissu utérin lui-même. Toute la lèvre antérieure du col et une portion de la face antérieure de l'isthme utérin tombèrent en lambeaux. Des hémorragies soudaines et considérables apparurent à plusieurs reprises, mettant la vie de la malade en danger. Le médecin appelé put cependant conjurer ces pertes de sang par le tamponnement et, par des injections répétées de sérum, arriva à remonter la malade. Sur ces entrefaites, des vomissements alimentaires survinrent, empêchant toute alimentation. La faiblesse était extrême et une issue fatale semblait inévitable.

Je fus alors appelé de nouveau auprès de la malade, que je trouvai en fort

mauvais état, pâle, très anémiée, ne pouvant se mouvoir sur son lit. En étudiant les symptômes gastriques, je m'aperçus que les vomissements n'étaient en réalité que des régurgitations alimentaires, dues à des spasmes de l'œsophage, qui après la déglutition se contracturait et rejetait la nourriture. On fit du gavage, on agit par suggestion, et brusquement l'alimentation redevint possible. Vers le même moment, l'ulcération vaginale s'arrêta brusquement, se détergea par de simples injections antiseptiques, et une réparation aussi rapide qu'étonnante s'opéra en quelques jours. En une semaine, le médecin vit disparaître entièrement la large brèche qui menaçait d'ouvrir la vessie et l'utérus.

Cette amélioration fut de courte durée. Avant la cicatrisation complète de l'ulcère utéro-vaginal, une autre perte de substance se montra dans le cul-de-sac latéral gauche, prit une allure phagédénique et détruisit une partie de la lèvre postérieure du col. Les écoulements ichoreux et sanguinolents réapparurent. Cela dura deux à trois mois, puis une nouvelle réparation se fit, et on put encore une fois se bercer de nouvelles espérances de guérison.

Dans les premiers mois de 1905, l'état général restait mauvais. La faiblesse était extrême et l'intolérance de l'estomac réapparaissait. Les règles avaient disparu depuis un an environ ; je fis administrer de l'ovarine avec persistance, mais ce fut sans le moindre succès. Les antispamodiques, les calmants de tout genre échouèrent misérablement. A cette époque, toute la partie profonde du vagin et du col, qui avait été respectée par le processus ulcéreux, se prit à son tour et s'ulcéra. On n'observa plus dès lors l'envahissement profond des culs-de-sac, mais une ulcération plus superficielle, serpigineuse, nécrosant la muqueuse progressivement, d'abord aux environs du col, pûis sur le plancher vésical. Actuellement, l'ulcère se cicatrise vers la profondeur du vagin, mais avance de plus en plus vers le vestibule, d'une marche lente, irrégulière et comme par à-coups. Toutes les tentatives pour l'arrêter échouent complètement. Le fer rouge, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, le bleu de méthylène, etc., ont été successivement employés sans le moindre effet. Il existe une sensibilité très marquée à la surface de l'ulcération, et l'introduction du spéculum est pénible. Toutefois, il est à noter que les souffrances subjectives sont peu intenses, et n'étaient les pertes sanguinolentes énormes qui épuisent la patiente, elle ne s'apercevrait guère de la lésion.

L'allure phagédénique de l'ulcération, son extension incessante vers des régions encore indemnes, sa cicatrisation dans les parties successivement intéressées, l'incendie s'éteignant au fur et à mesure que d'autres foyers se forment, la constitution sur la muqueuse d'un tissu cicatriciel dur, sclérosé, à saillies irrégulières chéloïdiennes et comme verruqueuses, tels sont les caractères de cette singulière lésion, qui a déformé le vagin profond au point de l'oblitérer en partie et de faire disparaître complètement le col et les culs-de-sac voisins. Pour éclairer la pathogénie, j'ai prélevé, à la surface de l'ulcération, de l'ichor, dans lequel on n'a ren-

contré que les microbes du pus banal avec les saprophytes du vagin. Le professeur Vincent, du Val-de-Grâce, a bien voulu rechercher les spirilles décrites dans le noma et ne les a pas rencontrées.

L'interprétation de cette affection, de son origine et de sa persistance me semble possible, sans faire appel à une influence bactérienne spécifique. Les accidents de gangrène multiple spontanée de la peau, le dermographisme observés chez cette malade doivent être expliqués de la même manière que l'ulcère vaginal. Il y a là une relation évidente entre ces faits morbides, dont la causalité univoque réside dans une lésion nerveuse. L'hystérie est la cause générale. Quant au mécanisme de l'altération nécrotique, son mobile gît dans les troubles vaso-moteurs. Je ne puis déterminer si ce trouble vaso-moteur consiste en une constriction, un spasme ou une dilatation vasculaire; c'est là un phénomène qui m'échappe entièrement.

Si je ne connais pas dans la littérature médicale un fait semblable *d'ulcère vaginal par trouble nerveux vaso-moteur*, du moins il existe des observations de gangrène multiple spontanée de la peau chez des hystériques. Le professeur Raymond, dans ces dernières années, et Truffi (1) en ont rapporté des cas tout à fait concluants et qui aident à la compréhension de ces curieux accidents. Avant eux, Charcot, Leloir, Dejerine, Pitres et Vaillard avaient signalé ces foyers nécrotiques chez les hystériques, et Kaposi les décrit exactement dans son livre sur *les Maladies de la peau*. Il appelle l'attention sur les caractères principaux de la lésion qui survient sur des sujets jeunes du sexe féminin, avec ou sans signes évidents d'anémie et d'hystérie. La plaque de gangrène, dit Kaposi, se produit en quelques heures, sur un point de la poitrine ou des bras, qui se décolore, devient bleu ou noir et se couvre d'une eschare analogue à du cuir. L'eschare se détache peu à peu et est remplacée le plus souvent par une cicatrice hypertrophique. Le même processus se renouvelle sur d'autres points, à des intervalles de plusieurs jours ou de plusieurs semaines, avec les mêmes phénomènes de douleur prémonitoire, de rougeur, de gangrène nettement limitée et de cicatrisation. Le processus dure des semaines et des mois, jusqu'à des années et s'arrête ensuite complètement.

Cette description de Kaposi, qui rapporte la gangrène multiple de la peau à un trouble d'innervation centrale dû à l'hystérie, est le résumé à peu près exact des idées émises par les différents auteurs. Sans con-

(1) TRUFFI, *Revue de Médecine*, décembre 1904, p. 942.

tredit, il y a là des phénomènes particuliers aux jeunes filles atteintes de troubles névropathiques, chez qui l'anémie et la chlorose accentuent la déchéance et préparent des accidents de sphacèle. Le pronostic n'est pas toujours aussi favorable que le pense Kaposi. Il est des cas, en effet, où les nécrodermies se sont multipliées au point de causer de la septicémie grave et la mort. Il y a dans ces troubles trophiques des formes de gravité variable et d'intensité différente.

L'observation que je rapporte, unique en son genre, puisqu'elle signale, en plus des foyers nécrotiques cutanés, un foyer de gangrène sur la muqueuse vaginale, fait qui n'a pas encore été publié à ma connaissance, ne paraît comporter un pronostic grave. En effet, tandis que les îlots de gangrène cutanés ont évolué rapidement et se sont éteints et cicatrisés depuis longtemps, au contraire l'ulcération vaginale persiste, avec une tendance à rester plus superficielle, il est vrai, mais aussi avec une propension constante à l'envahissement. Ce phagédénisme impitoyable, qui ne respecte aucune partie du vagin profond et même antérieur, qui résiste à toutes les tentatives thérapeutiques, s'arrêtera-t-il un jour? Se limitera-t-il à la muqueuse vaginale? Sous l'influence de cette lésion ulcérative et des suintements purulents qui en sont la conséquence, la malade tombe dans un état d'anémie et de faiblesse inquiétant. Elle est pâle et sans énergie; de temps en temps, un peu d'albumine apparaît dans les urines; l'inappétence survient par crises; la faiblesse augmente. Ce tableau clinique est loin d'être rassurant.

En outre, après la cicatrisation hypothétique, mais possible, de l'ulcération vaginale, quel sera l'état du vagin? Il faut remarquer que l'aberration trophique se poursuit dans la cicatrisation, par la production de tissus anormaux, chéloïdiens. C'est donc en perspective une déformation, un rétrécissement de la cavité vaginale, peut-être une oblitération plus ou moins complète. C'est aussi, après disparition du col utérin, rongé par l'ulcère, une éventualité de complications génitales. Actuellement, l'orifice utérin existe probablement encore, mais il serait malaisé de le découvrir au milieu des excroissances verruqueuses et chéloïdiennes du vagin. Il persistera plus tard une atrésie de cet orifice, et si les fonctions menstruelles se rétablissent, ce sera la source d'accidents sérieux.

Pour ces raisons, je considère que le pronostic est grave. Il est d'autant plus grave que la thérapeutique est en défaut et que toutes les médications employées jusqu'alors sont restées vaines et parfois nui-

sibles. L'insuccès de mes efforts ne me décourage pas néanmoins. C'est en m'adressant d'une part à l'état général, qu'il faut tonifier et remonter, et d'autre part à la lésion locale, que je finirai peut-être par triompher.

J'ai cru bon de rapporter les trois faits précédents comme une contribution à l'*étude de l'ulcère du vagin*. Ces trois observations, disparates par leur pathogénie, leur évolution et leur pronostic, gagnent cependant à être comparées et rapprochées, ne serait-ce que pour montrer combien il existe encore d'inconnues dans la pathologie utérine et vaginale. Il découlera aussi de ce court travail et des mémoires récents que j'ai cités, que les ulcérations du vagin profond ne doivent pas être toujours considérées comme relevant de la syphilis, de la tuberculose, de l'inflammation ou du cancer. Leur diagnostic aurait besoin d'être souvent plus étudié, et cela dans l'intérêt des malades et dans celui de la science; on découvrirait alors probablement que le nombre des faits analogues à ceux que j'ai rapportés n'est pas négligeable, et une thérapeutique mieux réglée et plus efficace ne tarderait pas à en ressortir.

UN NOUVEL ARTICLE SUR LA « GESTATION »

Par le professeur **A. HERRGOTT** (de Nancy).

M. Pinard, qui, on le sait, avait déjà écrit, en 1887, dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* l'article GROSSESSE, vient de faire paraître dans le *Dictionnaire de Physiologie*, publié sous la direction du professeur Richet, l'article GESTATION.

La manière originale et toute personnelle dont le sujet a été traité par l'auteur m'a paru digne d'attirer l'attention des accoucheurs ; aussi avons-nous pensé qu'il serait intéressant d'essayer de donner un résumé succinct d'un travail qui expose si nettement l'état de nos connaissances sur cette importante question.

Définissant la gestation, le professeur Pinard la considère comme « l'état fonctionnel particulier que présentent les femelles des mammifères qui, après avoir été fécondées, portent et nourrissent le ou les produits de la génération » ; en un mot, la véritable gestante est celle qui « donne, en même temps, le logement et la nourriture ».

Cette définition de la gestation diffère sensiblement de celle qui est habituellement donnée, soit qu'on la considère comme « l'état des mammifères qui ont conçu » (Littré), définition qui est insuffisante ; soit que, comme Tarnier et Chantreuil, on considère la grossesse ou gestation comme « l'état qui commence au moment de l'union des germes mâle et femelle et finit avec l'expulsion du produit de conception ».

Cette définition, si elle est vraie dans l'immense majorité des cas, permet cependant de confondre la *gestation* avec la *rétention* du produit de conception, soit qu'il y ait rétention du fœtus mort dans la cavité utérine, soit que cette rétention de l'œuf ait lieu dans la cavité abdominale, comme dans les grossesses extra-utérines.

Nous avons eu l'occasion d'assister, à Vienne, en 1875, à l'autopsie d'une femme de 83 ans, morte de pneumonie, qui portait dans sa cavité abdominale un fœtus enkysté depuis un demi-siècle ! Or, d'après la définition admise par Tarnier et Chantreuil, cette femme pouvait être consi-

dérée comme étant encore en état de gestation, puisqu'elle n'avait pas expulsé ce fœtus qu'elle portait depuis près de cinquante ans ! Aussi, est-ce avec raison que M. Pinard dit, que pour qu'une femelle soit véritablement en état de gestation, il faut que non seulement elle porte le produit de la génération, mais qu'en même temps elle le nourrisse.

Cette action double et simultanée de porter et de nourrir le produit de conception ne se traduit pas de la même façon chez tous les mammifères ; ainsi, chez les didelphes ou marsupiaux, la gestation proprement dite ou utérine est relativement courte, alors que la gestation abdominale ou mammaire est au contraire relativement longue.

De plus, contrairement à ce qui est généralement admis, *la fécondation peut ne pas être forcément le début de la gestation*, *celle-ci peut être physiologiquement retardée*, ainsi que Mathias Duval et Lataste l'ont démontré.

Mathias Duval avait déjà remarqué que, chez le cochon d'Inde, l'état de mère nourrice exerçait sur les embryons une influence qui en arrêtait le développement ; mais c'est surtout Lataste qui, au Congrès médical tenu en 1889 à Santiago au Chili, a fait une communication très importante sur cette question encore peu connue, communication qui a été publiée dans les *Mémoires de la Société de biologie* de 1891 et dont M. Pinard reproduit les parties principales.

Lataste a, en effet, montré que, si la durée de la gestation chez les femelles des Muridés qui n'allaitent pas est d'une vingtaine de jours, elle se trouve subir un retard égal à la moitié ou même aux trois quarts de sa durée normale quand une femelle pleine « a allaité, le temps normal, un nombre normal de petits ». Dans ces cas, la gestation dure de 29 à 34 jours, au lieu de 20.

Lataste fait voir, en outre, que la durée de la gestation varie encore *suivant le nombre* des petits allaités, et ses recherches l'amènent à conclure que chez la souris, par exemple, le retard de la gestation est proportionnel au nombre des petits allaités, « un nouveau jour de retard correspondant à un nourrisson de plus ».

Toutefois, pendant les 4 ou 6 premiers jours, l'état de lactation de la femelle pleine reste sans influence sur la durée de la gestation, c'est-à-dire sur le développement de l'ovule, car chez les Muridés, ainsi que Lataste l'a expérimentalement constaté, l'ovule n'arrive dans l'utérus que le cinquième jour qui suit le coït. Dès lors, la lactation n'influence les ovules que lorsqu'ils sont parvenus *dans* les utérus, les ovules se

suffisant à eux-mêmes durant les 4 à 6 premiers jours de leur développement. Mais comment agit cette influence ?

Lataste a été amené par l'observation directe à constater que, dans la gestation retardée, l'utérus demeure stationnaire « durant un nombre de jours qui correspond assez exactement au nombre des jours de retard de la gestation ». Ainsi, la gestation, quand elle est retardée par la lactation, « subit aussitôt après l'arrivée des ovules dans les utérus un arrêt dont la durée correspond au retard dont elle est affectée ». Puis la gestation reprend son évolution avec une vitesse normale, les fœtus venant au monde avec leur développement physiologique qui s'est, dès lors, effectué dans le laps de temps ordinaire.

Lataste pense que, dans la gestation retardée, la suspension du développement des ovules est due « à ce que, l'activité de l'organisme maternel étant détournée au profit de la lactation, les ovules ne trouvent pas dans la cavité utérine les conditions d'alimentation dont ils ont besoin ».

« En somme, dit-il, au moment de son arrivée dans l'utérus, l'ovule du mammifère est, sous un certain aspect, comparable à l'œuf fécondé de l'oiseau avant l'incubation ou même à une graine avant la germination. L'œuf de l'oiseau a sa provision de nourriture, mais il lui manque un certain degré de chaleur ; la graine possède ses matériaux solides de nutrition, mais il lui faut une certaine dose d'humidité et une certaine température ; l'ovule du mammifère se trouve dans un milieu qui ne peut être insuffisant qu'au point de vue nutritif ; parvenus à ce point de leur évolution, l'œuf, la graine, l'ovule peuvent attendre un certain temps, la réalisation de l'ensemble des conditions nécessaires à leur développement ultérieur ; mais, dès qu'ils ont dépassé ce point, ils doivent continuer à se développer ou périr. »

La lactation n'est pas la seule cause capable de retarder l'évolution physiologique des ovules dans l'utérus ; Lataste est aussi amené à admettre que d'autres causes, tels que des traumatismes « pratiqués en temps opportun », sont susceptibles de produire les mêmes effets, et l'expérimentation est venue, par ses résultats, confirmer cette induction.

Si je me suis étendu un peu longuement sur ces recherches si originales de Lataste rapportées dans l'article gestation que je désire résumer, c'est qu'elles me paraissent devoir faire supposer que des phénomènes analogues sont susceptibles de se produire dans l'espèce humaine. Elles découvrent, en tout cas, un horizon scientifique qui, jusqu'ici, est demeuré inexploré.

C'est surtout la gestation chez les mammifères supérieurs que M. Pinard étudie 1° dans *sa durée* et 2° dans *les modifications fonctionnelles qu'elle apporte dans l'organisme matériel.*

Après avoir consacré quelques pages à l'étude de la durée de l'incubation chez les oiseaux et rappelé les travaux de Réaumur, de Bonnet, de Tessier, de Dareste, desquels il résulte que les variations observées dans l'incubation, soit naturelle, soit artificielle, ne dépendent pas seulement de l'abaissement ou de l'augmentation de la température pour retarder ou avancer l'éclosion, mais qu'il y a encore d'autres facteurs, parmi lesquels l'*individualité* joue un rôle important, M. Pinard, en se basant sur les recherches de Tessier, de Ferrouillat, de Gayot, de Magne, de Spencer, etc., étudie la durée de la gestation chez la vache, la jument, la brebis, la truie, la chèvre, la chienne et la lapine. Il montre que, s'il est facile de fixer des moyennes comme limites ordinaires de la gestation normale, régulière, de ces animaux, il existe cependant aussi des facteurs capables d'en modifier la durée. L'individualité, qui, on l'a vu, joue dans l'incubation un certain rôle, ne doit pas, ici non plus, être négligée. Mais pour arriver à en connaître la véritable importance, il faut des statistiques familiales ; or, elles ont fait défaut jusqu'en 1899, époque à laquelle Henry-H. Wing a fait paraître la statistique de l'Université agricole de Cornell. Cette statistique contient, en effet, des documents précieux sur le rôle qui peut être attribué à l'individualité, d'autant plus que ces documents ont été confirmés par les résultats observés à l'École d'agriculture de Montpellier, que M. Ferrouillat a bien voulu communiquer à M. Pinard.

H. Wing fait aussi remarquer que, dans les cas de naissances de jumeaux, la gestation est aussi beaucoup plus courte que quand il y a un seul sujet, fait que Spencer avait déjà constaté. Cette différence est surtout marquée quand ces gestations de jumeaux sont comparées aux autres gestations uniques du même animal. M. Pinard reproduit de nombreux tableaux, très suggestifs, de ces différents observateurs, et il termine cette partie de son travail en envisageant les rapports qui peuvent exister entre la durée de la gestation et la taille de l'animal. Il reproduit un travail très intéressant de A. Larbalétrier sur la durée moyenne de la gestation chez un grand nombre de mammifères, de la souris à l'éléphant, qui montre que, de même que l'incubation ou la couvaison avait la même durée chez la perdrix et chez la poule, la durée moyenne de la gestation est la même, sinon plus longue, chez la

chauve-souris que chez la belette, chez le putois que chez la chienne, chez le chamois que chez l'ourse. Par conséquent, contrairement à ce que disait Trouessart dans son article *Mammifères* de la *Grande Encyclopédie*, qui pensait que la durée de la gestation était en rapport avec la taille de l'animal, on doit reconnaître que d'autres causes que la taille agissent sur la durée de la gestation dans une même espèce animale.

La *durée de la gestation chez la femme* est, de la part de M. Pinard, l'objet d'un chapitre spécial, que nous voudrions pouvoir citer tout entier.

Après avoir montré combien nos connaissances sur ce point sont encore loin d'être aussi précises qu'il serait à désirer qu'elles le fussent, l'auteur, sans faire l'historique de la question, indique cependant « les étapes de cette marche si lente vers un commencement de vérité », soit que la fixation du terme de la grossesse ait été calculée d'après le coït fécondant ou d'après la dernière apparition menstruelle.

On sait que Varnier, dans son *Obstétrique journalière*, après avoir observé 1.000 femmes dont la date des dernières règles avait été parfaitement connue, avait donné un graphique d'après lequel le 281e jour aurait été le jour *le plus* fréquemment observé comme terme de la gestation ; toutefois, chez ces 1.000 femmes, la durée de la gestation oscille du 265e au 320e jour après la cessation menstruelle.

D'autre part, Gaston, dans sa thèse, à la rédaction de laquelle son maître, M. Pinard, avait participé, a trouvé que le plus grand nombre des accouchements se produisait le 272e jour après la cessation des règles, ce qui constitue une différence assez notable avec ce qui avait été observé par Varnier.

Puis, M. Pinard passe en revue les causes qui, d'après les auteurs classiques, font varier la durée de la grossesse, telles que les influences héréditaires, l'âge des parents, la durée des règles, l'état de primiparité et de multiparité, et, à ce propos, il rappelle ses recherches faites avec Gaston, confirmées par celles de Winckel, qui démontrent d'une façon bien nette l'influence de la multiparité sur la prolongation de la durée de la grossesse.

Il insiste avec raison sur l'influence que peut avoir le *surmenage* sur la durée de la grossesse, influence qu'il a étudiée avec tant de soin et dont, le premier, il a nettement fait voir toute l'importance. Il n'hésite pas à mettre en évidence, avec toute l'ampleur qu'elle comporte, cette

cause que tous les accoucheurs doivent connaître, afin de pouvoir, par leurs conseils, être utiles tout à la fois à la mère et à l'enfant. Il montre l'action du repos pendant la grossesse sur le poids de l'enfant, il reproduit les résultats consignés dans la thèse qu'il a fait soutenir, en 1898, par son élève Fr.-C. Bachimont, résultats qui confirment pleinement ce qu'il avait déjà fait pressentir dans ses leçons cliniques et dans une note communiquée le 26 novembre 1895 à l'Académie de médecine, à savoir que « les enfants des reposées sont plus développés, parce que chez elles la grossesse a eu une *durée normale*, tandis que les enfants des surmenées sont moins développés parce que la *durée de la grossesse a été interrompue* » : le poids de l'enfant d'une femme qui s'est reposée pendant deux ou trois mois étant supérieur d'au moins 300 grammes à celui d'une femme qui a travaillé debout jusqu'à l'accouchement. Ce fait est démontré par 4.450 observations, dont le tableau récapitulatif se trouve dans la thèse que nous venons de mentionner, ainsi que par celles de la thèse de Letourneur (*De l'Influence de la profession de la mère sur le poids de l'enfant*) soutenue en 1897 et également faite à l'instigation du professeur Pinard.

L'influence du repos sur les femmes ayant *des grossesses gémellaires* se fait sentir avec plus d'évidence encore que chez les femmes ayant une grossesse simple.

A. Bachimont a, en 1899, établi dans sa thèse (*De la Puériculture intra-utérine au cours des grossesses gémellaires*), d'après des documents recueillis à la Clinique Baudelocque, une statistique portant sur 225 cas, qui montrent que, chez les femmes qui s'étaient reposées, le poids moyen du premier fœtus était de 2.500 grammes, celui du deuxième de 2.480 ; tandis que, chez les femmes qui ne s'étaient *pas* reposées, le poids moyen n'était que de 1.935 grammes pour le premier fœtus et de 1.900 pour le second.

L'influence du surmenage sur *le poids* de l'enfant étant établie, M. Pinard démontre quelle est *l'influence du repos* sur *la durée* de la grossesse. Elle se traduit par une *augmentation* de la durée de la gestation *comparée à la durée* de la gestation des femmes qui ont travaillé jusqu'au moment de leur accouchement.

Les recherches que M. Pinard a publiées, en 1899, dans sa *Clinique obstétricale* ont été confirmées par Mme Livcha Sarraute-Lourié dans sa thèse (*De l'Influence du repos sur la gestation*), dont les conclusions sont que la différence entre la durée de la gestation est de 20 jours et

plus *à l'avantage* de celles qui se reposent. A. Bachimont a même montré, par ses statistiques, que cette différence était encore plus marquée chez les femmes ayant une grossesse gémellaire.

Mais quelles raisons peut-on invoquer pour expliquer l'influence du surmenage sur la marche de la grossesse? Quelles sont les causes de l'interruption de la gestation, de l'expulsion prématurée du produit de conception chez les femmes surmenées?

« Nous pensons, dit M. Pinard, que tout surmenage chez la femme enceinte a pour effet de faire descendre l'utérus dans la cavité pelvienne et de dilater le segment inférieur. Ainsi agissent les longues stations debout, tout travail excessif, nécessitant l'action constante ou l'effort musculaire de la paroi abdominale.

« Depuis longtemps on a dit : la fécondation est pelvienne, la grossesse est abdominale. »

On comprend en effet que la station debout est bien faite pour favoriser l'engagement de l'extrémité céphalique dans la cavité pelvienne et produire l'élongation du segment inférieur. D'autre part, on sait aussi combien les accouchements prématurés spontanés sont relativement rares dans les cas d'angustie pelvienne.

F. La Torre avait déjà dit, en 1887, dans son travail sur le *Développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié*, « que le bassin rétréci, loin de favoriser l'expulsion prématurée de l'œuf, semblait éloigner au contraire plusieurs facteurs pathogéniques ».

M. Pinard estime que c'est parce que, chez les femmes qui ont un bassin vicié, l'utérus reste plus ou moins fatalement dans la cavité abdominale, que c'est aussi pour ce motif « que le poids moyen des enfants conçus dans les bassins rétrécis est supérieur à celui des fœtus conçus dans des bassins normaux ».

A l'appui de cette assertion, M. Pinard montre que, chez 100 femmes symphyséotomisées dans son service, le poids moyen des enfants était de 3.350 grammes, par conséquent sensiblement supérieur au poids normal moyen, qui est de 3.250.

Il est encore une autre cause qui, avec le surmenage, les longues stations debout, est susceptible d'interrompre prématurément le cours de la gestation, *c'est la copulation*, dont l'influence nocive pendant la grossesse est depuis longtemps connue, bien que, le plus habituellement, le médecin néglige d'en informer ses clientes en état de gestation.

M. Pinard termine cette première partie de son article en montrant combien il est difficile de *limiter* la gestation, car, s'il est impossible de savoir exactement quand elle commence, on a vu par ce qui a été précédemment rapporté que nos connaissances actuelles ne peuvent qu'en rendre le début plus imprécis ; il nous est tout aussi impossible de préciser quand physiologiquement elle finit.

« Ce que nous savons, dit-il, c'est qu'il n'y a pas de *gestation prolongée*. Il peut y avoir *rétention prolongée*, mais non *gestation prolongée*. » Le fœtus dans les grossesses extra-utérines ne croît pas indéfiniment ; il succombe quand son évolution physiologique est accomplie.

Si nous comprenons pourquoi le surmenage et les traumatismes sont capables de provoquer l'expulsion intempestive, accidentelle, du fœtus, nous sommes moins renseignés sur la cause de son expulsion physiologique.

« Cependant, ajoute M. Pinard, de récents travaux permettent d'entrevoir la vérité », et il se demande si, d'après les expériences de John Beard (1897) et de L. Frænkel (1903), ce n'est pas dans l'ovaire, et non plus seulement dans l'utérus, qu'il faudra désormais rechercher le point de départ de la mise en jeu des forces expulsives, la menstruation étant considérée par J. Beard comme l'avortement d'une *decidua* préparée pour un ovule qui a échappé à la fertilisation.

Pour L. Frænkel, dont les recherches relatives à la fonction du corps jaune sont si suggestives, le corps jaune serait une glande « destinée à produire d'une façon périodique une excitation ovulatrice de l'utérus, qui l'empêche de revenir au stade infantile ou de marcher prématurément vers l'atrophie sénile ».

C'est évidemment dans cette nouvelle direction, indiquée par les travaux de Lataste, de J. Beard et de L. Frænkel, que les recherches expérimentales relatives à la gestation devront, désormais, être dirigées ; elles parviendront peut-être à dissiper, au moins en partie, les obscurités qui l'environnent encore actuellement.

Dans la DEUXIÈME PARTIE M. Pinard étudie les *modifications fonctionnelles de l'organisme maternel pendant la gestation*, « cet état physiologique par excellence », comme il l'appelle.

Il passe successivement en revue les *modifications que la grossesse apporte dans le fonctionnement des différents appareils* et commence, tout naturellement, par *celles qui se produisent dans l'ovaire et dans*

l'utérus, dont les modifications, aussi nombreuses que profondes, paraissent être sous la dépendance absolue de l'ovaire.

Il revient sur les recherches de John Beard, qui, le premier, a insisté sur le rôle du corps jaune pendant la gestation, le corps jaune empêchant l'ovulation pendant la grossesse.

Il analyse à nouveau les travaux de L. Frænkel, qui, « reprenant l'hypothèse de son maître, l'embryologiste Gustave Born, de Breslau, d'après laquelle le corps jaune de la grossesse serait, par sa structure et son développement, une glande à sécrétion interne ayant pour fonction de permettre la fixation et le développement de l'œuf, s'efforça, par ses expériences, d'établir à son tour la véritable fonction du corps jaune », dont le rôle principal serait de provoquer la nutrition plus active de l'utérus pendant la vie génitale.

« Si les corps jaunes font défaut, dit L. Frænkel, l'utérus devient atrophique et la menstruation n'a pas lieu. »

Puis, M. Pinard passe en revue les *modifications du sang et de l'appareil circulatoire*, en s'efforçant de mettre le lecteur au courant des recherches physiologiques et chimiques les plus récentes faites sur la composition du sang pendant la gestation.

Il insiste d'une façon toute spéciale sur le pouls pendant la grossesse, si bien étudié par Pierre Louge dans son remarquable travail, *le Pouls puerpéral physiologique* (1886), ainsi que sur les recherches de Queirel et G. Reynaud, de Marseille, sur les variations de la tension artérielle pendant la grossesse.

Après avoir montré *les modifications que la gestation apporte dans l'appareil respiratoire* et rappelé les travaux de Kuchenmeister, de Wintrich et de Dohrn qui ont montré que, chez la femme enceinte, le diamètre antéro-postérieur du thorax diminuait, tandis que le diamètre transverse augmentait, M. Pinard s'occupe des *modifications de l'appareil urinaire et de l'urine*, et, à ce propos, met le lecteur au courant des recherches entreprises, à la Clinique Baudelocque, en 1892, par Chambrelent et Dermont pour mettre en évidence *la diminution* de la toxicité de l'urine chez la femme enceinte arrivée aux derniers mois de la grossesse. La moyenne du coefficient d'urotoxie a été, dans les 6 cas qu'ils ont observés, de 0,25 au lieu de 0,46, qui est le chiffre de toxicité physiologique déterminé par Bouchard.

L'appareil digestif est aussi influencé par la grossesse, souvent même au point d'en être troublé. Un des élèves de l'auteur, Maurice Gerst, a

fait, sous sa direction, des recherches sur ce sujet, et il en a consigné les résultats dans sa thèse soutenue en 1903 et intitulée : *Contribution à l'étude des vomissements de la grossesse.* M. Pinard en reproduit les conclusions, qui m'ont paru assez intéressantes, vu l'importance du nombre des femmes observées, pour que je les résume à mon tour.

M. Gerst a observé personnellement plus de 2.000 femmes enceintes (902 primipares et 1.098 pluripares). Il a constaté que, sur ces 2.000 femmes, 1.144 (478 primipares et 666 pluripares) n'avaient pas vomi ; tandis que 843 (415 primipares et 428 pluripares) avaient vomi ; restent 13 cas douteux (9 primipares et 4 pluripares).

De cette statistique il résulte que 42,15 p. 100 des femmes enceintes vomissent et 57,2 p. 100 des femmes enceintes ne vomissent pas ; que, de plus, les vomissements sont relativement plus fréquents chez les primipares que chez les pluripares. Ces vomissements se sont surtout montrés un mois après les dernières règles, pour devenir très rares après le quatrième mois.

M. Pinard rappelle ensuite, en s'appuyant sur ce qu'a écrit Saint-Cyr, que chez les femelles domestiques, contrairement à ce qui se passe chez la femme, la digestion se fait mieux dès le début de la conception et que la nutrition demeure plus active jusque vers la fin de la gestation.

Il signale aussi l'état graisseux du foie, déjà vu par Laennec, étudié par Tarnier (1857) et plus tard par de Sinéty (1872), et il termine l'étude de ces modifications fonctionnelles d'origine gravidique par l'examen des modifications qui se produisent dans la pigmentation cutanée, et plus particulièrement au niveau de la ligne brune, bien étudiée, en 1901, par un de ses élèves, Raoul Lehmann.

L'étude de l'*assimilation et des échanges nutritifs pendant la gestation* fait l'objet du *deuxième chapitre* de cette *seconde partie.*

L'auteur nous dit qu'il suivra le plan exposé par Ver Eecke, de Gand, dans son remarquable mémoire, publié en 1900, sur les *Échanges matériels dans leurs rapports avec les phases de la vie sexuelle.*

Il étudie d'abord les *échanges respiratoires pendant la gestation* et montre que les conclusions du mémoire d'Andral et Gavaret, publié en 1843, *sur la quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon dans l'espèce humaine,* qui disait que, « pendant toute la durée de la grossesse, l'exhalation de l'acide carbonique s'élève momentanément au chiffre fourni par les femmes parvenues à l'époque du retour », après avoir été

confirmées par les recherches récentes d'Oddi et de Vicarelli, sont, par contre, contredites par les expériences de Repreff.

« Il n'y a donc pas actuellement, dit M. Pinard, en l'absence de tout nouveau travail de contrôle, de solution satisfaisante du chimisme respiratoire pendant la gestation. »

La lactosurie et la glycosurie pendant la grossesse sont ensuite étudiées. L'auteur rappelle le mémoire de Blot sur *la glycosurie des femmes grosses, accouchées et nourrices* (1856), qui démontrait « que la glycosurie existait 45 fois sur 45 chez les femmes en couches et dans la moitié des cas chez les femmes enceintes, à tout âge de la grossesse.

« Les quantités observées atteignaient 12 grammes pour 1.000 d'urine. Elles oscillaient entre 1 et 8 grammes. La proportion la plus forte était atteinte au moment où s'établissait la sécrétion lactée. »

Cette découverte a été depuis pleinement confirmée par de nombreux observateurs que cite M. Pinard ; le seul fait nouveau a été l'identification du sucre, non pas avec le glycose, mais avec le sucre de lait.

L'existence de cette lactosurie, pressentie par de Synéty dès 1872, a été démontrée par Hofmeister (1877), par Kaltenbach (1879), en Allemagne ; par Mac Cann et Turner (1892), en Angleterre, et tout récemment par Brocard et par un des élèves de l'auteur, Léon Leduc, qui fit, en 1899, dans le laboratoire de Dastre, à la Sorbonne, des recherches sur la lactosurie.

Le mécanisme de cette lactosurie, soupçonné par Blot, a été démontré par les recherches de ceux qui se sont occupés de cette question. La lactosurie est en rapport avec la sécrétion lactée. Elle résulte du passage dans le sang du sucre de lait en excès dans les glandes mammaires. Or, ainsi que l'a établi Dastre en 1890, le sucre de lait est directement inassimilable et sa présence peut être décelée en totalité dans l'urine, quatre heures après une injection dans le péritoine d'une solution de 20 grammes de lactose dans 200 centimètres cubes de sérum artificiel. Le foie lui-même n'a aucune action réductrice sur ce sucre, fait confirmé par les recherches ultérieures de C. Voit (1897).

Les *échanges azotés* pendant la gestation sont ensuite étudiés par l'auteur, qui rappelle les travaux de Winckel (1865), de Heinrichsen (1866), de Zacharyewski (1894), qui avaient été amenés à conclure que pendant la grossesse il y avait accroissement de l'alimentation et ralentissement de la désassimilation. Il reproduit aussi une partie des recherches que Keller a faites dans son service, en 1901, sur *la nutrition dans l'état puer-*

péral, qui démontrent un ralentissement de la nutrition plus accentué chez les femmes enceintes malades que chez les femmes enceintes bien portantes, chez les pluripares que chez les primipares.

Mais, M. Pinard fait remarquer que toutes ces recherches sont critiquables, en raison des conditions défectueuses dans lesquelles les expérimentateurs se trouvaient placés ; les femmes étant soumises à des régimes trop différents et dont la valeur nutritive était insuffisamment établie. Il fallait se placer dans des conditions plus rigoureuses et faire appel à l'expérimentation sur les animaux.

C'est ce que firent Repreff en 1888, Osc. Hagemann en 1891, Charrin et ses élèves, Guillemonat et Levaditi, en 1899 Ver Eecke en 1900.

Mais si Repreff est amené, par ses recherches, à conclure que pendant la gestation l'assimilation croît et que la désassimilation diminue ; si les résultats obtenus par Charrin et ses élèves sont variables, Hagemann et Ver Eecke, après avoir fait des expériences sur des animaux, poursuivies avec une très grande rigueur, arrivent à des conclusions absolument opposées. Pour eux, « la désassimilation de l'azote pendant la gestation est plus considérable que pendant le repos sexuel pré gravidique ».

Il s'en suit que la gestation met momentanément l'organisme dans des conditions de nutrition défavorables. On comprend qu'elle peut gravement compromettre la nutrition maternelle et diminuer sa résistance aux infections, surtout si ces grossesses se répètent. M. Pinard insiste avec raison sur « cet impôt prélevé par la gestation sur l'organisme de la femme » qui, le plus habituellement, ne tarde pas à réparer ses pertes, la parturition terminée.

Dans une TROISIÈME et dernière PARTIE, M. Pinard étudie la *gestation multiple*, en s'occupant plus particulièrement des *causes* qui favorisent les grossesses multiples, telles que la race, l'hérédité, la pluriparité, l'âge, l'individualité physiologique.

On sait, d'après les statistiques de Lebel, que c'est de 21 à 28 ans que, chez la femme, le nombre des gestations multiples est le plus considérable ; proposition que les recherches personnelles de l'auteur ont confirmée.

Puis M. Pinard rapporte un certain nombre d'exemples de grossesses doubles qui reconnaissent pour cause deux fécondations successives ou une superfécondation, ainsi que des faits empruntés à Geoffroy-Saint-Hilaire, Collin, Goubaux et Saint-Cyr qui « établissent de la façon

la plus nette que les produits de la même portée peuvent avoir plusieurs pères de différentes espèces ou de diverses races, et qui, pour ces auteurs, sont bien des exemples de fécondations successives opérées dans une même période de rut ».

Il rappelle aussi des exemples de fécondité extraordinaire due soit à *l'individualité physiologique* de la mère, soit à *l'individualité physiologique* du père.

M. Pinard s'occupe ensuite de *la fréquence des gestations multiples* chez les femelles domestiques et chez la femme, et termine par l'étude de *la durée des gestations multiples chez les femelles ordinairement uni-pares*, « qui a d'autant plus de chance d'être plus courte que le nombre des produits de la même génération sera plus considérable » et que les mères seront plus surmenées.

On voit, par ce qui précède, l'importance de l'article que vient d'écrire mon éminent collègue, le professeur Pinard. Ce remarquable travail est bien fait pour mettre le médecin au courant de nos connaissances actuelles sur *la gestation*.

En l'analysant, j'ai pensé que je ne faisais pas une œuvre inutile.

FIBROMES ET CANCER UTÉRINS[1]

Par G. **PIQUAND**, ancien interne lauréat des hôpitaux,
chef de clinique adjoint à la Faculté.

(*Suite et fin.*)

2° Coexistence de fibromes et de cancers du col de l'utérus.

Dans les cas de coexistence de fibromes et de cancers du col de l'utérus il est assez difficile d'établir s'il y a simple coïncidence des deux tumeurs, ou bien si le fibrome joue un rôle important dans le développement du cancer. En effet nous venons de voir que chez les fibromateuses le cancer du col se rencontre à peu près aussi souvent que le cancer du corps, tandis que chez les autres femmes il est 5 ou 6 fois plus fréquent. On pourrait en conclure que, si la présence d'un fibrome prédispose au cancer du corps, elle ne favorise nullement le développement du cancer du col ; aussi de nombreux auteurs, Winckel, Schamm, Nicaise entre autres, ne veulent voir dans l'association des tumeurs qu'une simple coïncidence et refusent au fibrome le rôle d'agent provocateur dans la dégénérescence du col.

Certains auteurs, notamment Vilson et Haultain, admettent même que le cancer du col est plus rare chez les fibromateuses que chez les autres femmes, ce qui tient, pensent-ils, à ce que les fibromateuses sont habituellement stériles et que par conséquent leur col n'a pas été exposé aux irritations et aux déchirures de l'accouchement qui favorisent l'apparition du cancer.

Cette opinion nous paraît très exagérée en effet dans l'apparition successive de ces tumeurs. Dans ce fait que l'épithélioma vient tardivement s'implanter au niveau du col de l'utérus alors que cet organe renferme déjà des fibromes, nous croyons qu'il faut voir un rapport étiologique plus ou moins étroit. De plus, les statistiques que nous avons recueillies sont absolument contraires à la théorie de la moindre fréquence du cancer du col chez les fibromateuses ; d'après les chiffres que nous avons donnés précédemment, le cancer du col se rencontre environ 15 fois chez

---

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, juillet et août 1905, page 485.

1.000 fibromateuses, et c'est certainement là un chiffre notablement supérieur à celui qu'on trouverait sur 1.000 femmes prises au hasard : aussi nous pensons que les fibromes utérins jouent un certain rôle dans les dégénérescences malignes du col. Ils agissent ici, non plus directement, comme dans les cas de coexistence de fibromes et de carcinomes du corps de l'utérus, mais à distance, le fibrome préparant le terrain, créant au niveau du col un lieu de moindre résistance où viendra s'implanter l'épithélioma.

Comment les fibromes créent-ils ce lieu de moindre résistance au niveau du col ? Il faut faire encore intervenir ici des troubles mécaniques, des modifications circulatoires, une irritation chronique.

Toutes les variétés de fibromes sont susceptibles de se compliquer de cancer, mais ce qui montre bien que la coexistence des deux tumeurs n'est pas un pur hasard, c'est la constatation suivante : le fibrome qui avoisine le plus la muqueuse, celui qui crée le plus fréquemment les lésions d'endométrite est aussi celui qui se complique le plus souvent de cancer ; néanmoins les fibromes sous-péritonéaux sont susceptibles de se compliquer de cancer du col.

Dans ce cas, d'ailleurs rare, il semble que le fibrome puisse favoriser le développement du cancer par des troubles d'ordres mécaniques et nutritifs. Les fibromes sous-péritonéaux, s'ils acquièrent un certain volume ou s'ils sont multiples, ne trouvent pas à se loger dans le petit bassin ; ils sont forcés de s'élever au-dessus du détroit supérieur ; dans un mouvement d'ascension, surtout s'ils sont rattachés à l'utérus par une large base ou par un pédicule court, ils entraînent avec eux l'utérus, par suite l'utérus est obligé de s'allonger, la portion cervicale est tiraillée, si bien que dans certains cas le doigt introduit dans le vagin ne peut plus sentir le museau de tanche. En outre, ces fibromes peuvent agir sur l'utérus par leur poids lorsque la femme est dans la situation verticale. Ces phénomènes se répètent d'une façon continue pendant quelques années et provoquent au niveau du col une irritation chronique favorable à la production de la dégénérescence de la muqueuse cervicale.

Toutefois cette action des fibromes sous-péritonéaux est moins accentuée que celle des tumeurs interstitielles ou sous-muqueuses ; ces dernières agissent d'une façon plus directe, leur présence au sein de l'organe même retentit davantage sur le col : si elles occupent la paroi antérieure de l'organe, le col est repoussé en arrière et en haut, très loin

dans la courbure sacrée, où le doigt ne l'atteint que difficilement, le corps de l'utérus est refoulé en arrière ou déjeté sur les côtés, tordu, fléchi au niveau du col ; si elles se développent à la face postérieure, l'utérus est déformé, poussé en avant, le col dévié est comprimé derrière le pubis, le vagin remonte verticalement derrière la symphyse pubienne. Enfin, si le fibrome siège dans le fond de l'utérus, il peut entraîner un léger degré d'inversion ; souvent il fait une saillie qui soulève la muqueuse et provoque des tiraillements, qui se font sentir jusqu'au niveau de la muqueuse cervicale.

Ces troubles d'ordre mécanique s'accompagnent de modifications dans la circulation ; les fibromes par leur présence entravent la circulation normale de l'utérus et sont une cause d'hyperhémie et de congestion constante de tout l'organe, aussi bien au niveau de la muqueuse du col qu'au niveau de celle du corps ; ces phénomènes congestifs se traduisent par des hémorragies plus ou moins abondantes et s'accompagnent de phénomènes inflammatoires de la muqueuse cervicale, comme le démontre l'existence d'écoulements hydrorrhéiques et leucorrhéiques.

La persistance des troubles mécaniques signalée plus haut et de celle écoulements de nature différente sont des causes d'irritations locales qui, par leur répétition et leur durée, donnent lieu à des modifications profondes de la muqueuse du col, pouvant aboutir à la dégénérescence maligne, une muqueuse irritée et enflammée étant plus susceptible de dégénérer qu'une muqueuse saine.

L'existence de ces lésions de la muqueuse du col chez les fibromateuses n'est pas une simple hypothèse ; il est classique de dire que, dans le cas de fibrome, les lésions inflammatoires portent exclusivement sur la muqueuse du corps de l'utérus, la muqueuse du col restant intacte : cette opinion nous paraît très exagérée, nous avons eu l'occasion d'examiner récemment trois utérus fibromateux enlevés par hystérectomie totale, et dans les trois cas nous avons pu constater que la muqueuse du col présentait des lésions d'inflammation et d'hypertrophie glandulaire ; dans un cas les lésions étaient limitées à la portion de la muqueuse du canal cervical tapissée par un épithélium cylindrique ; dans les deux autres cas elles s'étendaient à tout le col, même à la muqueuse à épithélium pavimenteux qui tapisse la portion intra-vaginale. C'est là un fait important, car le plus souvent c'est aux dépens de la muqueuse à épithélium pavimenteux que se développe le cancer du col, et la prétendue intégrité de cette portion de la muqueuse cervicale constitue un des prin-

cipaux arguments des auteurs qui refusent toute importance au rôle des fibromes dans le développement consécutif des cancers du col. A l'inverse de cette opinion, nous admettons volontiers que, dans le cas de coexistence de fibrome et d'épithélioma du col, la dégénérescence maligne du col s'effectue suivant un processus analogue à celui que nous avons indiqué dans le chapitre précédent, pour expliquer l'association des fibromes et carcinomes du corps de l'utérus; cette opinion serait encore confirmée par ce fait que, dans la plupart des cas où l'examen histologique a été fait, on a trouvé, au lieu des types d'épithélioma du col que l'on rencontre habituellement, un envahissement de la muqueuse cervicale par des îlots, des nids de cellules cancéreuses indiquant une dégénérescence maligne diffuse.

Il résulte de ce que nous venons de voir que les fibromes créent un lieu de moindre résistance au niveau du col et qu'ils sont capables d'amener la dégénérescence maligne de la muqueuse cervicale.

M. Richelot fait jouer un grand rôle à ces altérations de la muqueuse, mais leur reconnaît une autre origine: pour lui, le fibrome est sous la dépendance d'une sclérose utérine, dépendant souvent elle-même de l'arthritisme ; cette sclérose utérine détermine, en même temps que la production du fibrome, l'hypertrophie glandulaire de la muqueuse utérine, hypertrophie glandulaire qui, devenant atypique, peut aboutir à l'épithélioma (1).

Une autre explication qui permet de faire jouer un rôle au fibrome dans l'apparition de l'épithélioma du col ressort de la théorie de Cohnheim sur l'origine des tumeurs : le col de l'utérus peut par lui-même être considéré comme un lieu de moindre résistance. Il a été, en effet, pendant la vie embryonnaire, le siège d'une complication formative; en ce point l'épithélium pavimenteux du tissu uro-génital s'est réuni à l'épithélium cylindrique des canaux de Müller. Or, il est démontré que les organes qui ont été le siège de complications formatives sont plus exposés que les autres à l'arrêt de germes embryonnaires, qui, suivant la théorie de Cohnheim, peuvent, après avoir sommeillé plus ou moins longtemps dans ces organes, se développer sous des impulsions diverses. Le col de l'utérus peut être le siège de ces inclusions fœtales de germes embryonnaires et la présence de fibromes dans le corps de l'utérus, amenant au niveau du col une irritation de longue durée et une hyperhémie excessive, peut,

(1) Richelot, *Chirurgie de l'utérus* et in Thèse Hepp, Paris, 1899.

par un apport de sang plus considérable, venir réveiller ces germes aberrants, restés oubliés, immobilisés dans cette partie de l'utérus, d'où l'apparition à ce niveau de l'épithélioma.

Cette théorie est évidemment acceptable ; toutefois, elle paraît un peu compliquée, et il nous paraît beaucoup plus simple d'expliquer le développement fréquent du cancer chez les fibromateuses par les troubles de nutrition et les irritations de toutes sortes qu'occasionne la présence d'un fibrome. Nous disons donc: le fibrome détermine des lésions de la muqueuse qui favorisent l'apparition du cancer; ces lésions sont surtout marquées sur la muqueuse du corps de l'utérus, aussi le fibrome prédispose surtout au cancer du corps ; au niveau du col les troubles de nutrition, les altérations de la muqueuse sont moins marqués, mais existent dans la plupart des cas, aussi le cancer du col se rencontre plus souvent chez les fibromateuses que chez les autres femmes.

De même que pour le cancer du corps, un certain nombre de causes accessoires peuvent favoriser le développement du cancer du col chez les fibromateuses.

L'âge a une grande importance; nous avons trouvé 56 malades chez lesquelles l'âge était indiqué:

3 malades avaient	moins de 35 ans (1)
6.	de 35 à 40 ans
10.	de 40 à 45 ans
27.	de 45 à 50 ans
6.	de 50 à 60 ans
7.	au-dessus de 60 ans (2)

D'après ce tableau nous voyons que chez les fibromateuses le cancer du col, exceptionnel avant 40 ans, présente son maximum de fréquence de 45 à 50 ans, pour redevenir rare après 50 ans.

Si nous comparons ces chiffres avec ceux que nous avons donnés en étudiant le cancer du corps, nous voyons que les fibromateuses sont surtout exposées au cancer du col de 45 à 50 ans et au cancer du corps de 50 à 60.

Sur les 56 malades du tableau précédent 4 seulement avaient dépassé la ménopause au moment de l'apparition du cancer.

Les antécédents génitaux paraissent également avoir une certaine

(1) Cas de Jacobs (31 ans), Martin (35 ans), Péan (35 ans).
(2) Cas de Pozzi (62 ans), Schwartz (62 ans), Babcock (63 ans), Segond (66 ans).

[illegible] antécédents signalés, [illegible] femmes ayant eu un seul enfant et 25 multipares. [illegible] parmi les nullipares sont beaucoup plus [illegible] au cancer du corps, et les multipares au cancer du col (1).

De ce fait que le fibrome prédispose, au moins dans une certaine mesure, au cancer du corps de l'utérus [illegible] une question intéressante qui a fait récemment l'objet de nombreuses discussions à la Société de chirurgie. Si on pratique l'hystérectomie subtotale pour fibrome, le moignon d'utérus fibromateux est-il exposé à une dégénérescence maligne?

En étudiant les rapports du fibrome et du cancer de l'utérus, nous avons vu plus haut que dans le cas de fibrome la muqueuse du col est presque toujours altérée, hypertrophiée, présentant des lésions d'inflammation, d'hypertrophie glandulaire, qui semblent pouvoir aboutir à la dégénérescence atypique, à l'épithélioma.

Après l'hystérectomie subtotale, la muqueuse altérée persiste et peut dégénérer en produisant un épithélioma. Ce qui, d'ailleurs, le prouve, c'est que Richelot (Société de chirurgie) a pu réunir quatorze cas de dégénérescence épithéliale du moignon utérin.

Depuis lors, un certain nombre de cas ont été publiés, rapportés pour la plupart par M. Richelot, de sorte que nous pouvons réunir environ 50 observations de dégénérescence cancéreuse du moignon après hystérectomie supra-vaginale (2).

---

(1) Il est intéressant, à propos de ces chiffres, de rappeler que pour plusieurs auteurs la rareté relative du cancer du col tient à la rareté des grossesses chez les fibromateuses.

(2) 1. Richelot, *Société de chirurgie*, 28 oct. 1903. — 2. Richelot (*id.*). — 3. Richelot (*id.*). — 4. Hartmann (cité par Richelot, *id.*). — 5. Le Dentu (*id.*). — 6. Le Dentu (*id.*). — 7. Wehmer, *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, 1888, p. 1062. — 8. Monge, *Centralblatt f. Gyn.*, 1895, XIX, p. 453. — 9, 10, 11, 12. Savor, *Soc. d'obst. et de gyn.*, de Vienne, 14 juin 1898. — 13. Von Hacker (cité par Savor). — 14. Erlach, *Soc. d'obst. et de gyn.*, de Vienne, 14 juin 1898. — 15. Schenk, *Archiv f. Gynæk.*, 1901, p. 455. — 16. Freund, *Huitième session de la Soc. de gyn. all.*, 1899, p. 231. — 17. Kaufmann, *Festschrift zu* Chren Ponficks, janvier 1899. — 18 et 19. Condamin, *Société de chirurgie de Lyon*, 28 décembre 1900. — 20. Noble, *Am. Journ. of obst.*, New-York, p. 503. — 21 et 22. Jacobs, *Centr. f. Gyn.*, 1896, XX, p. 21 et 22; Guinard, *Société de chirurgie*, 18 nov. 1903. — 23. Potherat (*id.*), 2 déc. 1903. — 24. Quenu (*id.*). — 25. Lauwers, 200 hystérectomies supra-vaginales, in *Semaine gynécolog.*, 8 décembre 1903. — 26 et 27. Pichevin, *Semaine gynécologique*, 10 novembre 1903. — 28. Pauchet, cité par Richelot, *Société de chirurgie*, 9 décembre 1903. — 29. Rochard (*id.*). — 30. Richelot, *Soc. de chirurgie*, 1er juin 1904. — 31. Peraire et Bender, *Soc. d'anatomie*, de Paris, 1904. — 32. Franchomme, *Société des sciences médicales de Lille*, 1904. — 33. Labeyrie, cité par Richelot, *Société de chirurgie*, 31 mai 1905. — 34. Martin (de Rouen) (*id.*). — 35. Picqué (*id.*). — 36. Beurnier (*id.*). — 37. Bazy (*id.*). — 38 et 39. Delangre, *Soc. de*

Ce chiffre doit évidemment donner à réfléchir ; toutefois, il ne nous semble pas qu'il soit très considérable, étant donné le grand nombre d'hystérectomies subtotales pratiquées depuis quelques années ; il ne représente qu'une proportion très faible du nombre des cas opérés.

Cette proportion est d'ailleurs très difficile à établir, les statistiques données à ce sujet étant très rares et très contradictoires : Richelot a pu observer personnellement 4 cas de dégénérescence cancéreuse du moignon ; Guinard (1) en a eu 2 cas sur 93 hystérectomies subtotales ; Quénu (2) n'en a vu qu'un cas sur plus de 200 hystérectomies supra-vaginales faites depuis 1897 ; Lauwers (3) donne le même chiffre d'une dégénérescence sur 200 hystérectomies ; Bouilly (4), sur 100 et quelques femmes qu'il a traitées par hystérectomie vaginale, n'a jamais constaté la dégénérescence du moignon ; Abel (5) sur 65, Thomas (6) sur 100 cas ne l'ont pas davantage constatée. Il est difficile d'établir une moyenne, toutefois nous voyons que la proportion de 1 dégénérescence pour 100 hystérectomies subtotales, donnée d'ailleurs comme un maximum par Faure (7), est notablement au-dessus de la vérité.

Cette rareté de la dégénérescence épithéliale des moignons utérins après hystérectomie subtotale paraît d'ailleurs naturelle ; en effet, le fibrome, cause de l'inflammation et des altérations de la muqueuse, étant supprimé, les lésions de la muqueuse ne tendent pas à augmenter, mais au contraire à diminuer et à disparaître ; dans quelques cas elles peuvent continuer à évoluer et même dégénérer en épithélioma, mais c'est évidemment là une exception rare.

Ainsi nous croyons que, dans plusieurs des observations que nous avons signalées, il s'agit en réalité non de dégénérescence du moignon après hystérectomie subtotale pour fibrome, mais du simple développement d'un cancer cavitaire passé inaperçu au moment de l'opération. Bland Sutton (8) cite à ce sujet un fait qui nous paraît intéressant : il

chirurgie, 21 juin 1905. — 40. BLAND SUTTON, *J. of Obstet. and Gynecol.*, 1904, p. 434. — En plus de ces 40 observations, Péan (Congrès de chirurgie, 1897) dit qu'il a vu plusieurs fois le col devenir épithéliomateux après l'hystérectomie subtotale ; Landau (*Berlin klin. Woch.* 1899, p. 581) signale également plusieurs cas de cette dégénérescence ; et Pozzi dit qu'il en a observé 4 ou 5 cas.

(1) GUINARD, *Société de chirurgie*, 18 novembre 1903.

(2) QUÉNU, *Société de chirurgie*, 2 décembre 1903.

(3) LAUWERS, In *Semaine gynécologique*, décembre 1903, janvier 1904.

(4) BOUILLY, *Congrès de Chir.*, Paris, 1899.

(5) ABEL, *Arch. f. Gyn.*, 1898, LVII, p. 286.

(6) THOMAS, *The Lancet*, 1902, p. 294.

(7) FAURE, *Société de chirurgie*, 7 juin 1905.

(8) BLAND SUTTON, *Journal of Obstet. and Gynecol.*, 1904, p. 434.

s'agit d'une femme de 49 ans chez laquelle l'auteur fit une hystérectomie abdominale totale pour fibrome ; 3 mois après l'opération, on voit apparaître un cancer sur la cicatrice vaginale, on examine alors la pièce opératoire, qui avait été heureusement conservée, et on trouve à l'examen histologique un cancer de la cavité cervicale, complètement méconnu jusqu à ce jour. Si on avait fait l'hystérectomie supra-vaginale, il est certain que ce cas aurait été considéré comme un exemple de dégénérescence du moignon. Très probablement plusieurs cas dans lesquels la dégénérescence est apparue peu de temps après l'hystérectomie doivent être analogues à celui de Bland Sutton.

Les lésions inflammatoires, les lésions d'hypertrophie qui accompagnent les fibromes ne sont pas exactement limitées à la muqueuse du col, mais s'étendent parfois à la muqueuse voisine des culs-de-sac vaginaux : aussi, même après hystérectomie totale, cette muqueuse peut continuer à proliférer, subir la dégénérescence atypique et aboutir à l'épithélioma : c'est ce que prouvent les observations de Quénu, Guinard, Beurnier, Bazy, Richelot, A. Martin qui ont vu un épithélioma se développer sur la cicatrice vaginale après hystérectomie totale.

OBSERVATIONS DE FIBROMES ACCOMPAGNÉS DE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

1. Robert, *Soc. anat.*, Paris, 1828, p. 155. — Matrice dont le col est presque entièrement envahi par un cancer passant à l'état d'encéphaloïde. Le corps de l'utérus renferme un grand nombre de tumeurs fibreuses.

2. Boivin et Dugès, *Traité des mal. des femmes*, 1833. — Femme de 30 ans. 3 grossesses, polype pédiculé dont on fit la ligature ; six ans après, mort par cancer du col de l'utérus.

3. Courtin, *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1847, p. 7. — Tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus. Col utérin et vagin envahis par un épithélioma

4. Lebert, *Soc. anat.*, Paris, 1851, p. 187. — Présentation de Leflaire Femme de 45 ans. Volumineux fibrome, mesurant 37 centimètres de circonférence, entouré d'une enveloppe à moitié calcifiée. Le col et les deux tiers supérieurs du vagin sont envahis par un épithélioma ayant déterminé une ulcération vésico-vaginale.

5. Lebert, *Physiol. path.*, t. II, p. 342, et *Traité des maladies cancéreuses*, 1851, p. 229. — Femme de 50 ans. Plusieurs fibromes assez volumineux du corps utérin. Col détruit par une ulcération épithéliale.

6. Casaubon, *Soc. anat. de Paris*, 1867, p. 213. — Femme de 50 ans. Fibrome interstitiel du corps de l'utérus et cancer du col.

7. LAFFITE, *S. anat. de Paris*, 1871, p. 228. — Fibrome du corps et cancer du col.

8. PUECH (Courty), *Traité des maladies des femmes*, p. 933. — Fibrome du corps et cancer du col.

9. HUBERT, *Bull. Société anatomique*, oct. 1873, p. 689. — Fibrome et cancer du col utérin.

10. TISSIER et OETTINGER, *Bull. Société anatomique*, 1881, p. 227. — Fibrome du corps et cancer du col.

11 et 12. CHIARI (cité par WEST, p. 277). — Deux observations de fibromes utérins avec cancers du col.

13. BROUSSIN, *Société anatomique*, Paris, 1880, p. 271. — Fibrome et cancer ulcéreux du corps.

14. NICAISE, *Gaz. des hôpitaux*, 1881, p. 1017. — Femme de 52 ans. Fibrome du corps, cancer du col, ayant envahi le vagin, la base des ligaments larges, les os du bassin, la veine urénale et les ganglions.

15. MARLOWSKY, *Edinb. med. J.*, 1882, t. XXVII, pp. 588, 594. — Polype fibreux opéré, cancer du col. Femme de 59 ans.

16. RICARD, Thèse de Paris, 1885. — Femme de 50 ans. Polype fibreux, cancer cervical.

17. RICARD, *Ibid.* — Fibrome du corps, cancer du col.

18. FRITSCH, *Arch. f. Gynäk.*, 1884, et th. SECHEYRON, 1887. — Femme de 38 ans. Fibrome du corps et épithélioma du col. Hystérectomie vaginale. Guérison. Malade revue sans récidive deux ans après l'opération.

19. SCHRŒDER, *Centralblatt für Gynäk.*, n° 4, 1886. — Fibrome calcifié et cancer du col de l'utérus.

20. PÉAN, *Cliniques*, t. VI, p. 1379, et in SECHEYRON, 1887. — Femme de 35 ans. Fibrome du corps et épithélioma du col. Hystérectomie vaginale, malade revue sans récidive trois mois après l'opération.

21. PÉAN, *Cliniques*, t. VIII. — Femme de 50 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie vaginale. Guérison maintenue trois mois après l'opération.

22. PÉAN, *Cliniques*, t. VII, p. 1231, et in SECHEYRON, p. 753. — Femme de 46 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire.

23. WAHRENDORFF, *Inaug. Diss.*, Berlin, 1887. — Femme de 46 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie abdominale totale. Morte le 3e jour après l'opération.

24. Wahrendorff, *Ibid.* — Femme de 40 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie abdominale totale. Mort.

25. Samschin, *Arch. f. Gynäk.*, Berlin. 1889, t. III, p. 91. — Femme de 40 ans. Fibromyome du corps de l'utérus et carcinome de la portion vaginale du col.
Hystérectomie abdominale totale, guérison.

26. Langer, *Société obst. et gynéc.*, Berlin, p. 887. — Fibrome du corps. Cancer du col. Hystérectomie vaginale.

27. Pozzi, *Gaz. méd. des hôp.*, 1888, p. 319, et *Annales gynéc.*, 1888, p. 196. — Femme de 50 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie vaginale. Guérison.

28. Marey (In thèse Ricard, p. 881). — Corps fibreux et épithélioma du col utérin avec lipome de la paroi.

29. Polaillon, *Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris*, 1888. — Fibrome du corps. Cancer du col. Hystérectomie vaginale. Guérison.

30. Polaillon, *Soc. méd. Paris*, 12 mai 1888, et *Union médicale*, 1888, t. I. p. 810. — Femme de 49 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie vaginale. Guérison.

31. Dmitri de Ott, *Ann. de gynéc.*, oct. 1889, Obs. 7. — Femme de 41 ans. Fibromes sous-séreux et cancer du col. Hystérectomie vaginale. Récidive.

32. Dmitri de Ott, *Ibid.*, Obs. 4. — Femme de 40 ans. Cancer du col et petits fibromes.
Hystérectomie abdomino-vaginale ; trois mois après, récidive.

33. Bouilly, *Ann. de gynéc.*, 1891, p. 314; *Sem. méd.*, 1891, p. 132, et *Congrès de chirurg.*, 1891. — Femme de 40 ans. Fibromes du corps et cancer du col.
Hystérectomie abdomino-vaginale. Guérison.

34. Ehrendorfer, *Arch. f. Gynäk.*, Berlin, 1892. — Femme de 46 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie vaginale. Guérison. Malade revue un an et demi après l'opération sans récidive.

35. Krug, *Americ. Journ. of Obst.*, 1890. — Femme de 47 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie vaginale. Guérison.

36. Ehrendorfer, *Arch. f. Gynäk.*, Berlin, 1892. — Femme de 46 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie abdominale totale. Mort le septième jour après l'opération.

37. Péan, *Cliniques*, t. IX, Obs. 17-54. — Fibrome du corps, cancer du col. Hystérectomie vaginale. Guérison.

38. Léonte, *Revue de chirurgie*, 1894, p. 461. — Femme de 45 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie abdomino-vaginale. Guérison.

39 à 47. Martin (rapporté par M. Mackenrodt à la *Soc. de gynéc.* de Berlin, 11 décembre 1891) dit avoir observé 10 cas de fibromes compliqués de cancer du col de l'utérus.

48. Jacobs, *Polyclinique de Bruxelles*, 15 août 1893. — Femme de 71 ans. Fibrome interstitiel du corps, cancer aigu du col.

49. Eedebolhs (1892), *Soc. Obst. de New-York*, 1889. — Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie abdomino-vaginale. Mort seize heures après l'opération.

50. Lanelongue (1899), in Boucaud, Th. Bordeaux 1878, p. 12. — Femme de 56 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie abdominale totale. Mort le huitième jour.

51. Mundé, *Am. J. of. Obst.*, 1874, p. 593. — Fibrome avec cancer du col.

52, 53. Dubley (*Ibid.*) rapporte deux cas de fibrome accompagnés de cancer du col.

54. Duret, *Bull. Soc. an.-clin. de Lille*, 1894, p. 158. — Femme de 50 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie vaginale. Mort le sixième jour.

55. Richelot, *De l'hystérectomie vaginale*, 1894, Obs. 70. — Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie vaginale. Guérison.

56. Thorn, *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1894, Bd. XXVIII, p. 95. — Fibrome calcifié avec cancer du col de l'utérus.

57. Laroyenne, 1894, in Bourgeois, Th. de Lyon, 1899. — Femme de 37 ans. Un fibrome interstitiel du corps, plusieurs petits fibromes sous-muqueux du col. Cancer inopérable du col.

58. Laroyenne, 1897, in Bourgeois. — Femme de 43 ans, gros fibrome du corps. Cancer inopérable du col.

59. Demons, in Boucaud, Thèse de Bordeaux, 1898, p. 54. — Femme de 42 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie vaginale. Guérison.

60. Lanelongue, in Boucaud, Thèse de Bordeaux, 1898, p. 37. — Femme de 38 ans. Fibrome et cancer du col. Hystérectomie vaginale. Guérison. Malade revue sans récidive au bout de six mois.

61. J. de Vos, *Ann. de l'Inst. Sainte-Anne*, mars, p. 896. — Femme de 45 ans. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie vaginale. Mort dans le marasme vingt-quatre jours après l'opération.

62. Vitrac, Th. de Boucaud, Bordeaux, 1898, p. 54. — Femme de 40 ans. Fibrome du corps, cancer du col. Hystérectomie vaginale. Guérison.

63. Jacobs, *Soc. belge de gynéc. et obstét.*, 1897, p. 131. — Femme de 31 ans. Fibrome du corps, cancer. Hystérectomie abdominale totale. Récidive au bout de cinq semaines.

64. Jacobs, *Ibid.*, 1898-99, p. 166. — Femme de 48 ans : fibrome du corps, cancer du col. Hystérectomie abdominale totale. Guérison. Malade revue sans récidive quatre mois après l'opération.

65. Jacobs, *Revue de gynéc.*, décembre 1898.

66. Jacobs, *Ibid.*, 12 février 1899.

67. Freund, *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.*, 1897, Obs. 11. — Cancer du col avec petits fibromes interstitiels. Hystérectomie abdominale totale. Vingt-quatre heures après, incision circulaire du vagin autour du col. Mort deux jours après de septicémie péritonéale.

68. Freund, *Ibid.*, obs. 19. — Cancer du col et du corps de l'utérus avec fibromyome interstitiel. Hystérectomie abdomino-vaginale. Mort par pyohémie le quatorzième jour.

69. Poncet, 1897, in thèse Bourgeois. — Femme de 46 ans. Fibromes sous-péritonéaux multiples et cancer du col inopérable.

70. Bouilly (*Congr. franç. de chirurgie*, 1898, p. 643) rapporte 4 cas de fibrome accompagnés de cancer du col de l'utérus dont 1 déjà signalé.

71. Reynier, 1898. — Femme de 52 ans. Fibrome du corps, cancer du col. Hystérectomie abdomino-vaginale. Mort deux mois après l'opération par ramollissement cérébral.

72. Backer, in Boucaud, thèse de Bordeaux, 1898. — Fibrome du corps, cancer du col. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

73. Chavannaz, *Gaz.hebd. soc. méd. Bordeaux*, 1898. — Fibrome du corps, cancer du col, hystérectomie totale. Guérison.

74. Quénu, *Bull. Soc. de chirurgie*, 10 mars 1898, p. 357.

75. Terrier, *Revue de Chir.*, 1898, p. 1155, Obs. 55. — Femme de 41 ans. Fibrome du corps utérin et épithélioma du col propagé au vagin. Hystérectomie abdominale totale. Mort par hémorragie le quatrième jour.

76. Terrier, *Ibid.*, 1899, p. 627. — Femme de 47 ans, cancer du col avec deux fibromes du volume d'un œuf de poule chacun. Hystérectomie abdominale totale. Récidive huit mois après l'opération.

77. Dorff, *Soc. belge de Gynéc.*, 1896, p. 203. — Fibrome avec cancer du col de l'utérus.

78. Marchesi, *Arch. f. Obst. u. Gyn.*, 1896. — Fibrome et cancer du col.

79. Martin, *Normandie médicale*, 1897, p. 448. — Femme de 35 ans morte de fibrome avec cancer inopérable du col de l'utérus.

80. Doyen, *Annales de Gynécologie*, 1898. — Fibrome avec cancer de la cavité cervicale et induration du ligament large gauche. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

81. Pozzi, in Daniel (De l'état des annexes dans des fibromes utérins, *Rev. de Gynéc.*, mars-avril 1903, p. 234, obs. 69). — Femme de 62 ans. Fibrome suppuré du corps gros comme une tête de fœtus. Cancer du col ayant envahi le vagin. Hystérectomie abdominale totale.

82. Bowel, *Virginia med. Monthly*, Richmond, 1894-95, XXI, p. 923. — Cancer du col. Fibrome du fond de l'utérus. Suppuration tubo-ovarienne. Hystérectomie vaginale.

83. Delage, *Soc. anat.*, 1901, p. 341. — Cancer du col de l'utérus limité à la lèvre postérieure. Fibrome de la paroi postérieure de l'utérus du volume d'une orange. Salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale. Mort.

84. Segond, in Bigeard, Thèse de Paris, 1899, obs. 99. — Femme de 66 ans, cancer et fibrome du col du volume d'un œil. Hystérectomie vaginale. Guérison opératoire.

85. Segond, *Ibid.*, obs. 61. — Femme de 60 ans. Épithélioma du col avec fibrome du volume d'un œuf. Hystérectomie vaginale. Mort le troisième jour.

86. Segond, *Ibid.*, obs. 86. — Femme de 42 ans. Cancer du col, fibrome du corps. Hystérectomie vaginale. Mort par récidive 18 mois après l'opération.

87. Freund, in Picqué et Mauclaire, *Ann. de gynéc.*, mai-juin 1899, obs. 14. — Cancer du col avec fibrome du corps de l'utérus.

88, 89. Gusserow (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 47, p. 1125, 16 novembre 1899) rapporte deux observations de fibromes accompagnés de cancer du col. Hystérectomie abdominale totale. Mort.

90, 91, 92. Olshausen (*Handbuch der Gyn.*, t. III, p. 667, 1897) rapporte trois observations de cancer du col avec fibromes.

93. Villard, *Soc. des sciences méd. de Lyon*, mai 1899. — Fibrome utérin et cancer du col chez une femme de 49 ans. Hystérectomie totale. Guérison opératoire.

94, 95. J.-L. Faure (Communication au *Congrès d'Amsterdam*), 1899, et in thèse Bellœuf, Paris, 1900, rapporte deux observations de fibrome avec cancer du col.

96. Loubet, *Soc. anat.*, 1901. — Fibrome du corps et cancer du col de l'utérus.

97, 98. Kelly, *Operative Gynecology*. — Deux cas de fibromes avec cancer du col utérin.

99. Tuffier, *Société de chirurgie*, 1903. — Énucléation d'un gros fibrome suivie du développement d'un épithélioma endo-cervical.

100, 101. Scharlieb, *J. of Obst. and Gyn.*, 1902. — Deux cas de fibromes avec cancers du col.

102, 103. Frederick, *American Gynecology*, 1902, t. I, p. 255. — Deux cas de fibromes avec cancers du col.

104. Morestin, *Soc. anat.*, 7 mars 1900. — Fibrome de l'utérus. Cancer du col. Un pessaire, laissé dans le vagin depuis plusieurs années, avait peut-être déterminé une irritation locale. Hystérectomie vaginale par morcellement.

105. Potherat et Leuret, *Société anatomique*, p. 899. — Femme de 45 ans, 3 enfants. Fibrome du corps et cancer du col. Hystérectomie abdominale.

106, 107, 108. Noble (*Trans. Amer. Gynec.*, 1897, p. 38, et *British Gynec. Journal*, 1897, vol. XIII, p. 48) rapporte trois observations de fibrome compliqué de cancer du col. Pas d'intervention.

109. Babcock (*Amer. Gynec. and Obst. J.*, 1898, vol. XIII, p. 402). — Femme de 63 ans. Fibrome et cancer du col.

110, 111, 112, 113, 114. Noble (*Americ. J. of obst.*, septembre 1901) rapporte quatre observations de fibromes avec cancer du col traités par hystérectomie, plus un cinquième cas dans lequel le mauvais état général de la malade ne permet pas l'intervention.

115. Poirier, Th. Courmontagne, Paris, 1901. — Femme de 45 ans. Épithélioma du col et fibrome du corps de la grosseur du poing. Hystérectomie abdominale totale. Guérison opératoire.

116. Picqué, in David, Paris, 1902. — Femme de 43 ans. Épithélioma diffus du col avec fibrome dur arrondi et pédiculé du volume d'un œuf.
Hystérectomie totale.
Guérison opératoire.

117. Picqué, *Ibid.* — Femme de 42 ans. Deux fibromes utérins sous-péritoneaux. Épithélioma du col et du corps de l'utérus.

118. Grube, *Soc. d'obstétrique* de Hambourg, 17 février 1903. — Fibrome de l'utérus et cancer du col.

119. — Russel, *Soc. d'obst.*, de Londres, octobre 1903. — Fibrome de l'utérus et cancer du col.

120. STASMANN, *Soc. gynéc.*, 2 août 1904. — Fibrome du corps et cancer du col.

121. RICARD, *Soc. de chirurgie*, 15 juin 1904. — Gros fibrome du corps et cancer du col.

122. RICHELOT, *Soc. de chirurgie*, juin 1904. — Malade âgée de 48 ans. Fibrome utérin depuis 15 ans, apparition d'une ascite considérable. Hystérectomie totale, fibrome, kystes végétants de l'ovaire, cancer du cul-de-sac vaginal postérieur.

123, 124. HUNNER (*Southern. Surg. and Gyn. Society*, 1903. — Deux cas de fibromes avec cancers du col.

125. SOULIÉ (d'Alger), cité par RICHELOT, *Ibid.* — Épithélioma du col utérin avec polype fibreux intra-cavitaire.

126. FRANCHOMME, *Soc. des sciences méd. de Lille*, 1904. — Polype fibreux et épithélioma du col.

127. CAMELOT, *Ibid.* — Fibrome et cancer du corps de l'utérus.

128. PICHEVIN, *Semaine gynéc.*, 31 mai 1904. — Fibrome utérin. Lésions inflammatoires des annexes, dégénérescence épithéliomateuse du col au début.

129. SCHWART, in PIQUAND, Th. de Paris, 1905. — Femme de 62 ans. Fibrome et cancer du col de l'utérus.

130, 131. POLLOSSON, in PELLANDA, Thèse de Lyon, 1905. — Deux cas de fibromes avec cancers du col.

132, 133. MAC DONALD, *Albany medical Annals*, juillet 1904. — Deux cas de fibromes avec cancer du col.

134. HAULTAIN, *J. of Obstet. and Gyn.*, 1904. — Un cas de fibrome avec cancer du col.

135. PHILLIPS, *Lancet*, oct. 1904, p. 1209. — Femme de 49 ans. Fibromyome du fond de l'utérus. Cancer du col.

136. VIOLET, *Lyon médical*, 25 décembre 1904. — Fibrome et cancer du col

137. BLAND SUTTON, *J. of Obst. and Gyn.*, 1904. — Femme de 49 ans. Hystérectomie totale pour fibrome. Récidive sur la cicatrice vaginale ; à l'examen des pièces de la première opération on trouve un cancer du col passé inaperçu.

III.—SYMPTÔMES CLINIQUES.

L'évolution clinique d'un fibrome compliqué de cancer se divise toujours en deux phases.

Dans une première période, de durée très variable, le fibrome existe seul et se traduit par ses symptômes habituels.

Métrorrhagie, leucorrhée, sensation de pesanteur et de gêne abdominale. Augmentation de volume du ventre, etc.

La dernière période est caractérisée par l'apparition de symptômes indiquant le développement du cancer ; souvent ces symptômes apparaissent chez une malade âgée, ayant atteint ou dépassé la ménopause ; ils consistent surtout en pertes, en douleurs, en amaigrissement et affaiblissement progressifs.

Les pertes constituent habituellement le premier symptôme ; au début, elles consistent presque seulement en hémorragies, souvent très abondantes et presque continues. L'apparition d'hémorragies abondantes chez une femme atteinte de fibromes et ayant atteint la ménopause doit toujours faire penser à une complication maligne.

Plus tard, les pertes sanguines diminuent et sont remplacées par l'écoulement d'un liquide à odeur infecte, presque pathognomonique.

Les douleurs n'apparaissent habituellement que plus tard, à une période assez avancée ; elles indiquent déjà un envahissement profond des bourgeons épithéliaux ; elles revêtent souvent la forme de douleurs excruciantes, continues, notablement différentes de la sensation de pesanteur, ou de coliques qui accompagnent souvent le fibrome utérin simple au moment des hémorragies.

Les symptômes généraux : amaigrissement, affaiblissement, teinte jaune paille, surviennent rapidement, ce sont les symptômes habituels du cancer utérin.

Les symptômes physiques sont peu marqués pendant très longtemps dans les cas de cancer du corps venant compliquer un fibrome ; l'examen montre seulement les signes de fibrome et ne renseigne nullement sur le cancer. Seul, l'examen direct de la cavité utérine après dilatation, surtout le raclage de la muqueuse suivie d'examen microscopique peuvent démontrer l'existence d'un cancer du corps.

Dans les cas de cancer du col le diagnostic est plus facile à faire sur la constatation des signes physiques habituels : végétations, ulcérations, induration du col de l'utérus.

Les ulcérations simples, d'origine métritique, les papillomes, les polypes muqueux peuvent prêter à confusion, comme dans tous les cas de cancer du col.

L'erreur la plus commune consiste à prendre pour un fibrome com-

pliqué de cancer du col un fibrome accompagné d'un polype étranglé par le col utérin et sphacélé. Il y a des écoulements fétides, l'utérus est gros, et le toucher fournit des sensations qui rappellent assez bien celles d'un cancer végétant du col.

L'évolution du cancer utérin qui vient compliquer un fibrome est le plus souvent extrêmement rapide, surtout dans le cas de cancer du corps; presque toujours la lésion est déjà inopérable quelques mois après l'apparition des premiers symptômes.

Jacobs a rapporté une observation dans laquelle l'évolution avait été particulièrement rapide.

Obs. de Jacobs. — Mme X..., âgée de 71 ans, atteinte depuis plusieurs années d'un volumineux fibrome utérin. En mars 1893 a des métrorrhagies violentes et expulse spontanément un polype fibreux.

Le lendemain Jacobs la voit, fait un curettage et trouve la muqueuse du corps et du col absolument intacte. Trois semaines après, la malade présente des vomissements incoercibles et un météorisme énorme; par le toucher vaginal on sent que tout le bassin est envahi par une tumeur adhérente. La malade succombe au bout de quelques jours et on trouve un cancer utérin adhérent à tous les organes du bassin.

Le pronostic des fibromyomes compliqués de cancer est effroyablement grave; abandonnée à elle-même l'affection entraîne rapidement la mort et dans des conditions extrêmement douloureuses.

L'intervention est laborieuse, difficile, presque toujours suivie de récidive. Cependant si l'opération est faite de très bonne heure, on peut avoir une longue survie. Une malade d'Ehrendorffer a été revue bien portante un an et demi après l'intervention.

La malade de Quénu atteinte de fibrome sphacélé avec épithélioma de la muqueuse a été revue sans récidive au bout de 3 ans.

Une malade de H. Spencer a été revue sans récidive 8 ans après l'opération.

Quant au choix de l'intervention :

1° *L'hystérectomie vaginale* a été faite : 25 fois pour fibrome et cancer du col avec 23 guérisons et 2 mort — 20 fois pour fibrome et cancer du corps avec 2 morts — soit au total une proportion de mortalité de 9 p. 100.

En dépit de ce résultat assez brillant, l'hystérectomie vaginale ne paraît pas devoir être conseillée; en effet, la plupart des auteurs actuels abandonnent l'hystérectomie vaginale pour le cancer de l'utérus, parce qu'ils

lui reprochent de ne pas permettre l'enlèvement des ganglions pelviens. De plus dans le cas de fibromes volumineux coexistant avec un cancer, l'hystérectomie vaginale est souvent très difficile, en raison de la présence d'une tumeur volumineuse difficile à abaisser et dont le morcellement expose à l'infection du péritoine. Dans plusieurs des observations publiées, les chirurgiens déclarent avoir eu grand'peine à terminer l'opération: dans quelques-unes il a fallu abandonner la voie vaginale et terminer par l'abdomen.

2° *L'hystérectomie abdominale sublotale* a été faite 19 fois pour fibromes et cancers du corps: dans tous ces cas il s'agissait d'une erreur de diagnostic, le cancer n'ayant été reconnu qu'après l'opération. En général la récidive a été très rapide; aussi en pareil cas il conviendrait de suivre l'exemple de Lauwers et d'enlever secondairement le col.

3° *L'hystérectomie abdominale totale* a été faite : 52 fois pour fibromes et cancers du col avec 9 morts, 68 fois pour fibromes et cancers du corps avec 11 morts, soit au total une proportion de mortalité opératoire de 17 p. 100 environ; malgré cette mortalité élevée, il semble bien que ce soit là l'opération de choix, car seule elle permet d'enlever largement les tissus néoplasiques et de mettre, autant que possible, la malade à l'abri d'une récidive rapide.

Si nous voulons résumer les idées principales émises dans ce travail sur les rapports du fibrome et du cancer de l'utérus, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° *La coexistence de fibrome et de cancer de l'utérus* n'est pas rare: nous avons pu en réunir 360 cas.

2° *L'association des deux tumeurs* peut se faire suivant trois modes :

a) Développement d'un épithélioma dans un fibromyome;

b) Coexistence de fibrome et de cancer du corps ;

c) Coexistence de fibrome et de cancer du col.

3° *Le développement d'un épithélioma dans un fibromyome* est rare, exceptionnel même; cependant il est possible, et nous avons pu en réunir 44 observations.

Le plus souvent il s'agit dans ces cas d'un épithélioma secondaire, le fibrome étant envahi par un cancer de voisinage, presque toujours par un cancer de la muqueuse utérine, exceptionnellement par un cancer d'un organe voisin, en particulier par un cancer de l'ovaire (cas de Kummel et de Liebmann). Dans des cas extrêmement rares, un fibrome

peut aussi être le siège d'embolies néoplasiques provenant d'un cancer éloigné et amenées dans la tumeur par voie lymphatique (cas de Bender-Lardennois et de Schpoter).

4° *Le développement d'un épithélioma primitif* au sein d'un fibromyome, nié par un grand nombre d'auteurs, peut cependant s'observer; nous en avons réuni 24 observations dont plusieurs paraissent absolument indiscutables. Pour expliquer ces faits on ne peut songer à une transformation des éléments fibro-musculaires en cellules épithéliales, aussi il faut admettre que dans certains cas le tissu fibro-myomateux renferme des éléments épithéliaux susceptibles de se développer et de proliférer en donnant lieu à une tumeur maligne.

Ces éléments épithéliaux peuvent avoir une double origine : parfois ils proviennent de vestiges embryonnaires du canal de Wolff ou du canal de Muller restés inclus dans le tissu utérin ; plus souvent ils proviennent simplement de la prolifération de culs-de-sac de l'épithélium de la muqueuse utérine qui s'enfoncent dans le tissu fibromateux, y deviennent indépendants, puis peuvent ultérieurement se multiplier irrégulièrement produisant ainsi un épithélioma primitif dans un myome.

5° *La coexistence de fibrome et de cancer du corps de l'utérus* est assez fréquente: nous avons pu en réunir 179 cas. D'après les statistiques que nous avons recueillies sur 1.000 fibromateuses, il y en a en moyenne 15 atteintes de cancer du corps de l'utérus, proportion 8 ou 9 fois plus forte que celle qu'on observe chez les autres femmes. Le fibrome paraît favoriser le développement du cancer en déterminant des lésions de métrite chronique qui sont susceptibles de se transformer en épithélioma. L'apparition d'un cancer du corps consécutif à un fibrome s'observe surtout chez les nullipares entre 50 et 60 ans.

6° *Les relations du fibrome et du cancer du col* sont moins nettes, néanmoins il est certain que le cancer du col s'observe plus souvent chez les fibromateuses que chez les autres femmes.

Nous avons pu réunir 136 cas de coexistence de fibrome et de cancer du col. Le fibrome paraît prédisposer au cancer, en déterminant des troubles de nutrition et des altérations de la muqueuse du col ; ces altérations, bien que moins marquées que celles de la muqueuse du corps, existent cependant dans la plupart des cas, même sur la partie de la muqueuse cervicale tapissée par un épithélium pavimenteux. Le cancer du col consécutif à un fibrome apparaît surtout entre 45 et 50 ans chez les multipares.

7° *L'hystérectomie abdominale totale* constitue la seule bonne intervention dans le cas de fibrome compliqué de cancer : l'opération entraîne une mortalité élevée et est fréquemment suivie de récidive assez rapide; aussi la fréquence avec laquelle les fibromes utérins se compliquent de cancer constitue un argument des plus puissants en faveur de l'opération immédiate de tous les fibromes, même quand ceux-ci sont peu gênants et que les malades approchent de la ménopause.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

G. STEINHEIL, Éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

VIENT DE PARAITRE

L'ŒUF HUMAIN

ET LES

PREMIERS STADES DE SON DÉVELOPPEMENT

ÉLÉMENTS D'EMBRYOGÉNIE

PAR

J. POTOCKI et **A. BRANCA**

Professeur agrégé à la Faculté de Paris
Accoucheur des hôpitaux.

Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris.

Avec une préface du professeur **A. PINARD**

1 volume in-8 grand-jésus de 196 pages avec 100 figures dans le texte et 7 planches en couleurs. Prix . . . . . 10 francs.

Ce livre a été écrit pour servir d'introduction à l'étude de l'obstétrique. Les auteurs y ont mis au point les questions principales qui, de près ou de loin, se rattachent à l'histoire de la fécondation et du développement de l'œuf. Ces questions sont encore insuffisamment connues des médecins, parce que les travaux qui s'y rattachent sont pour la plupart publiés dans des périodiques de science pure que les médecins et les étudiants n'ont pas entre les mains. Aussi a-t-il semblé à MM. Potocki et Branca qu'il y avait là une lacune utile à combler.

Leur intention a été d'écrire un livre sur le développement de l'œuf dans l'espèce humaine et non sur l'embryogénie en général ; ce sont donc les divers stades du développement de l'œuf humain qu'on trouvera exposés dans ce volume. Les auteurs étudient tour à tour : *les produits sexuels :* leur origine et leur valeur morphologique ; *l'appareil sexuel et la vie sexuelle :* l'ovulation et le corps jaune, la menstruation, les organes génitaux pendant la grossesse, l'appareil génital et le post-partum ; *les premiers développements de l'embryon :* la fécondation, la segmentation de l'œuf, la formation des feuillets embryonnaires ; *les annexes embryonnaires :* la vésicule ombilicale, l'amnios, l'allantoïde, le chorion, la fixation de l'œuf et la placentation, le cordon ombilical.

LEÇONS

DE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

PAR

le Dr QUEIREL

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Marseille

DEUXIÈME SÉRIE

Préface de M. le Professeur A. PINARD

Un volume in-8 cavalier de 246 pages. Prix. . . . . 6 fr.

De la syphilis au point de vue obstétrical. — Syphilis placentaire. — Influence de la syphilis sur la grossesse. — Traitement de la syphilis congénitale. — Syphilis. — Influence réciproque de la grossesse et de la syphilis. — Syphilis et allaitement. — Du traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis. — Hystéropexie et puerpéralité. — Néphropexie. — Néphropexie et grossesse. — Kyste et grossesse. — Kyste de l'ovaire. — Grossesse triple. — Version par manœuvre externe. — Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. — Mort subite pendant la thoracentèse chez une femme grosse. — Phlébite gravidique et phlegmatia alba dolens. — Symphyséotomie. — Opération césarienne. — Indications de la symphyséotomie. — Accouchement spontané chez une femme rétrécie ayant déjà subi deux symphyséotomies. — Deux opérations de Porro. — Hystérectomie vaginale. — Péritonite suppurée. — Diagnostic différentiel de deux tumeurs de la fosse iliaque droite.

PARU PRÉCÉDEMMENT

Première série. *Un vol.* in 8 *de* 296 *pages.* Prix : **6** francs.

Supplément aux *Annales de Gynécologie.* — Septembre 1905.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De l'apiol.

L'apiol est le principe actif de la semence de persil, dont les propriétés emménagogues sont incontestables et reconnues par la plupart des auteurs qui l'ont étudié (Bouchardat, Bouchut, Siredey, etc.). Cette action est utilisée surtout dans la dysménorrhée, quand celle-ci doit être traitée, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une inflammation de l'utérus ou des annexes. L'indication principale est fournie par les règles douloureuses des jeunes filles, dont la *Gazette hebdomadaire* a étudié le traitement dans un article récent. Ajoutons que l'apiol se serait montré efficace dans les fièvres intermittentes de moyenne intensité (Manquat).

Doit-on donner le nom d'apiol au liquide oléagineux, non volatil, d'une coloration variant du jaune ambré au vert et même au vert brun, de saveur âcre et piquante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme? Ou bien ce liquide n'est-il autre chose qu'un produit complexe, dans lequel on peut isoler un principe actif cristallisable? Ce sont là des points qui ne sont pas encore définitivement tranchés et sur lesquels les opinions des chimistes varient avec leurs pays d'origine.

Tandis que l'apiol liquide semble ou plutôt semblait, il y a encore peu d'années, prévaloir en France et en Belgique, en Allemagne, au contraire, l'apiol cristallisé est adopté à l'exclusion des autres formes sous lesquelles il peut être obtenu.

La caractéristique de ce désaccord est fournie par ce fait assez curieux que quelques fabricants allemands qui, dans leur préparation de l'apiol, obtiennent le principe cristallisé à côté du principe liquide, se réservent le premier pour les besoins de la consommation allemande et livrent à la consommation française le principe liquide, qu'ils ne peuvent écouler chez eux.

Si l'on admet l'opinion qui prédomine en Allemagne et à laquelle de sérieux travaux des chimistes allemands ont ajouté un regain d'intérêt (*Annales de Merck*, 1896-98), l'apiol, chimiquement pur, serait un corps cristallisé en aiguilles blanches, fusibles à + 30°, bouillant vers + 300°, et, comme l'apiol liquide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et le chloroforme.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une façon bien formelle sur les données contradictoires fournies par la pharmacopée franco-belge d'une part, la pharmacopée allemande d'autre part. Le mieux est donc d'augurer, non de telle ou telle constitution chimique, mais seulement des effets thérapeutiques qu'on en a obtenus. Ici encore la clinique reste souveraine et c'est à elle qu'il faut s'en rapporter pour faire un choix entre les deux produits.

Or une expérience de plus de dix années semble établir que l'apiol cristallisé réunit au plus haut degré toutes les qualités requises de cette substance. Mais, pour cela, il est nécessaire que la préparation pharmaceutique soit obtenue de telle manière que les principes utiles de la semence de persil, cristallisables ou non cristallisables, s'y trouvent associés, à l'exclusion des substances féculentes ou résineuses dont il convient de débarrasser l'apiol. Leur présence modifie même le poids spécifique de l'apiol liquide, qui tombe au fond de l'eau ou surnage, selon les éléments étrangers qui peuvent s'être introduits ou maintenus dans la préparation par les dissolvants employés au traitement de la semence de persil.

Sans doute, la question est encore à l'étude ; mais, comme le produit cristallisé a une action thérapeutique absolument identique au produit huileux complexe connu sous le nom d'apiol, *le praticien devra toujours prescrire de préférence l'apiol cristallisé*, qui lui donnera les garanties de pureté qui font défaut à la forme liquide dont la coloration, le poids spécifique varient avec les méthodes de préparation.

L'apiol s'emploie à la dose de 25 à 75 centigrammes par jour sous forme de capsules gélatineuses de 15 centigrammes de substance active *en solution huileuse*. C'est le seul mode pratique d'administration.

L'Usine Française (Goy et Cie) est la seule qui prépare cet apiol cristallisé, de pureté certaine.

TUBERCULOSE DES KYSTES DE L'OVAIRE

Par MM. **Auguste POLLOSSON**, chargé de cours de clinique gynécologique à la Faculté de Lyon, et **H. VIOLET**, moniteur de la clinique gynécologique.

Nous avons observé à la clinique gynécologique deux malades atteintes de kystes de l'ovaire envahis par des productions tuberculeuses. Ce sont deux observations que nous désirons faire connaître, en les faisant suivre de quelques réflexions sur la question encore peu connue de la tuberculose des kystes de l'ovaire.

Observation I. — P..., Marie, 25 ans, couturière, célibataire. Cette malade est entrée à la Charité le 30 novembre 1903, pour un kyste de l'ovaire droit.

Réglée à 14 ans, régulièrement; les règles sont normales comme quantité, durent cinq jours et ne sont pas douloureuses.

Fièvre typhoïde à l'âge de 14 ans. Trois mois après la guérison, la malade eut une péritonite qui dura un mois et demi, avec fièvre; le médecin pensa à une péritonite tuberculeuse.

Pas de lésions pleuro-pulmonaires.

Jamais de grossesse ni de fausse couche.

L'affection actuelle a débuté, il y a deux mois environ, par des douleurs abdominales prononcées du côté droit, précédées de troubles digestifs consistant en diarrhée, sans vomissements. Cette diarrhée fit place à de la constipation, le tout n'exigeat pas le repos au lit, mais l'interruption du travail.

Les règles sont venues le 23 octobre avec un retard de dix jours, plus abondantes, sans caillots, et peu douloureuses. Les douleurs abdominales furent très soulagées, mais elles reparurent il y a quinze jours, aussi fortes que la première fois, sans vomissements, exigeant le repos presque complet, soit au lit, soit dans un fauteuil. Les règles sont revenues le 22 novembre, accompagnées de caillots d'odeur fétide; elles ont duré cinq jours, comme d'habitude. Depuis lors, les douleurs ont presque disparu.

Pertes blanches abondantes depuis deux mois, avec légères douleurs à la miction, il y a trois semaines.

Constipation habituelle.

L'utérus, de petit volume, difficile à sentir, est situé en arrière de la symphyse; sa mobilisation est un peu douloureuse, le col est un peu mou.

En arrière de l'utérus et à droite, on sent par le palper et le toucher combinés une masse du volume d'une grosse tête fœtale, élevée et accessible difficilement par le toucher derrière l'utérus. La consistance est celle d'une poche liquide. A ce niveau le ventre est un peu saillant; il y a de la matité. La palpation n'est pas douloureuse.

Intervention le 3 décembre 1903, par M. Auguste Pollosson.

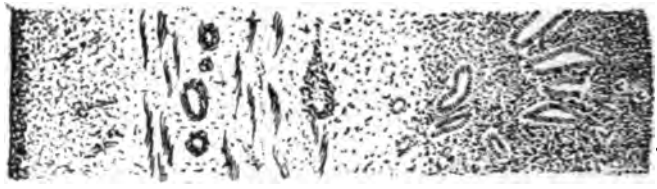


FIG. 1. — Obs. I. — *Paroi du kyste.* — A gauche, du côté péritonéal, zone riche en vaisseaux et en fibres lisses. — A droite, du côté interne, l'épithélium cylindrique, qui a disparu en ce point pendant les manipulations, se retrouve très net dans les culs-de-sac glandulaires. A ce niveau se trouve également un follicule tuberculeux.

Incision sous-ombilicale. Après section d'une adhérence épiploïque on voit, à droite, un kyste peu tendu, qui paraît être sous-péritonéal. Ponction. Il s'écoule un liquide brunâtre, qui est recueilli pour en faire l'examen cytologique.

L'extirpation n'entraîne pas de difficultés. La tumeur est décortiquée de ses adhérences, qui sont assez fortes au niveau de la face postérieure de l'utérus.

Ablation concomitante de la trompe droite. En détachant les adhérences au bassin, on trouve un point de suppuration dans le fond du bassin.

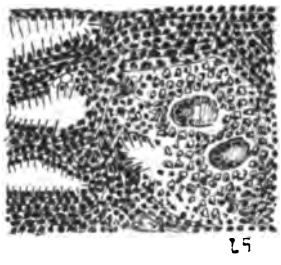


FIG. 2. — Obs. I. — Grossissement du point tuberculeux de la coupe précédente.

Drainage vaginal au moyen d'une mèche de gaze. Fermeture complète de l'abdomen.

9 *décembre.* — Ablation complète de la mèche vaginale et des sutures de la paroi.

La suppuration vaginale, fétide au début, s'est peu à peu tarie. Néanmoins la température reste élevée, entre 37°,5 et 39°. Rien à l'auscultation.

18. — Température toujours élevée. On sent, à droite, par le toucher un épaississement du ligament large. Dilatation au moyen du doigt. Il s'écoule un peu de pus.

20. — Ouverture d'un abcès de la région fessière.

La température tombe.

La malade quitte l'hôpital le 3 janvier 1904.

Examen macroscopique. — Le kyste est environ du volume d'une tête d'adulte. Il est difficile de dire s'il est développé dans le ligament large ou

bien dans le Douglas et fixé à ce niveau par des adhérences. En tout cas, la surface externe du kyste n'est pas lisse; on a dû le décortiquer ou le dégager d'adhérences sur presque toute sa surface.

La poche kystique présente à sa surface interne un semis de granulations jaunâtres du volume d'un grain de millet, rappelant les granulations miliaires tuberculeuses.

La trompe épaissie a son pavillon ouvert et rampe à la surface antérieure du kyste. Sa paroi interne est épaissie et congestionnée.

La poche du kyste offre à sa partie inférieure un épaississement localisé de la paroi; à la coupe on reconnaît un reste de l'ovaire ; ce débris ovarien présente un petit kyste hématique.

A côté du kyste principal, au contact du tissu ovarien, existe un petit kyste du volume d'une noisette, indépendant de la poche principale.

Examen microscopique. — La couche externe de la paroi présente des fibres musculaires lisses assez abondantes, des faisceaux conjonctifs et une vascularisation assez abondante.

La couche interne est constituée par un tissu inflammatoire, à la surface duquel le revêtement épithélial fait défaut, mais dans la profondeur se trouvent de nombreux culs-de-sac glandulaires revêtus d'un épithélium cylindrique. Au voisinage de la surface, des cellules se groupent en amas, dont le centre jaunâtre a subi l'évolution caséeuse. Quelques nodules tuberculeux plus caractéristiques sont formés de cellules géantes, entourées d'une zone de cellules épithélioïdes.

L'examen histologique du petit kyste montre qu'il est revêtu d'un épithélium cylindrique très régulier à une seule couche. On ne trouve aucune lésion tuberculeuse sur les préparations du petit kyste et du reliquat ovarien.

Dans les débris ovariens on constate l'existence de corps hyalins, sans bordure épithéliale, présentant les caractères des *corpora albicantia*, résultat ultime de l'évolution des corps jaunes dans l'ovaire.

Examen du liquide retiré par la ponction. — M. le professeur J. Courmont a bien voulu se charger de cet examen et nous a envoyé la note suivante :

1° Pas de bacilles de Koch par la méthode de Ziehl ;

2° Le liquide a été centrifugé et le dépôt coloré par l'éosine-hématéine.

Lymphocytes	88 p. 100.
Polynucléaires	5 —
Grands mononucléaires ou cellules endothéliales	7 —

Donc s'il s'agissait d'une pleurésie, on affirmerait la tuberculose. Il n'est pas permis d'être aussi affirmatif sur le contenu d'un kyste, mais l'examen fait pencher en faveur de la tuberculose.

Obs. II. — Antoinette D..., 32 ans.

Entrée à la Charité le 7 novembre 1904. Opérée le 21 novembre.

Cette malade était venue à la consultation gratuite à la Charité, se plaignant de douleurs abdominales, surtout du côté droit.

Mariée depuis douze ans, cette femme n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche.

L'affection actuelle a débuté il y a plus de quatre ans. La malade dit qu'elle sentait à ce moment, dans la fosse iliaque gauche, une grosseur indolente du volume d'un œuf.

Il y a deux mois, la malade prit brusquement une douleur vive dans tout l'abdomen et dans les lombes. Cette douleur se calma au bout de deux jours. au moment où apparurent les règles, et reparut ensuite quand les règles eurent cessé; elle se localisa au niveau de la fosse iliaque droite. Depuis ce moment, elle diminue progressivement, mais n'a pas complètement disparu.

Depuis un mois et demi environ sont apparues quelques pertes blanches.

Depuis deux mois, diminution de l'appétit et amaigrissement. Constipation. Douleurs légères à la miction.

Examen de la malade : Le ventre est développé, et on sent par la palpation une grosse tumeur fluctuante, remontant presque à l'ombilic.

Au toucher, le col utérin est reporté complètement en avant, derrière la symphyse des pubis; le palper, combiné au toucher, ne permet pas d'apprécier nettement la situation du fond utérin. Le Douglas est distendu; à gauche, on sent une masse arrondie, fluctuante, correspondant au pôle inférieur de la tumeur; à droite, on sent des masses indurées, irrégulières, qui semblent se continuer avec la masse gauche, et qui ne sont pas nettement distinctes du fond utérin. Le jour de l'entrée à l'hôpital, la température est de 37°,4.

Pas d'albumine dans les urines.

On pensa à un kyste de l'ovaire gauche et, quant aux masses indurées siégeant à droite, on peut les interpréter, soit comme des masses néoplasiques provenant de l'ovaire droit, soit comme des annexites chroniques. La douleur provoquée à ce niveau par la pression digitale fait pencher vers le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche et d'annexite chronique droite.

Dans la période qui a suivi l'entrée de la malade, la température s'est élevée et est restée entre 38 et 39°. En même temps la douleur locale à la pression devint plus vive.

La tuméfaction droite était donc certainement inflammatoire, et son passé torpide fit songer à une annexite tuberculeuse.

Le 21 novembre 1904, laparotomie. Dès l'ouverture de l'abdomen, on constate un péritoine épaissi avec de nombreuses adhérences. On aborde un kyste, dont on dégage la partie supérieure. Une ponction donne un liquide clair, citrin. Le kyste est intra-ligamentaire et le dégagement du pôle inférieur est laborieux. On l'extirpa néanmoins, et on constata une masse végétante papillaire.

On aborde la masse droite adhérente aux tissus ambiants; un abcès à pus fétide se rompt pendant le décollement, mais le péritoine est protégé par des compresses. Les annexes droites, tuméfiées, enflammées, sont enlevées avec difficulté.

On termine par un drainage abdomino-vaginal, complété par un drainage à la Mikulicz.

Les suites opératoires ont été relativement compliquées. La température a été élevée pendant les quatre premiers jours, pour ne s'abaisser que le cinquième jour.

On enlève les mèches le cinquième jour et le sac de gaze le neuvième jour. A partir de ce moment s'établit une fistule intestinale, par laquelle passent des matières intestinales abondantes.

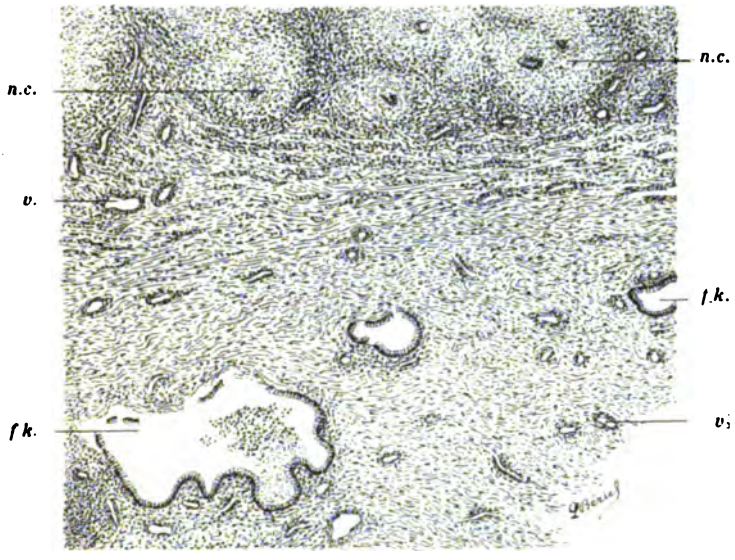


FIG. 3. — Obs. II. — La préparation représente la coupe d'une végétation papillaire extra-kystique.

n.c., nodules tuberculeux; — *f.k.*, formations kystiques revêtues d'épithéliums de même nature que le kyste principal.

A l'heure actuelle, la malade va bien, ne souffre pas, a repris de l'embonpoint, mais elle a un véritable anus contre nature abdominal, qui nécessitera certainement une nouvelle intervention (1).

Les pièces sont constituées par un kyste de l'ovaire gauche, avec masse végétante extérieure, et par des annexes droites tuberculeuses.

Le kyste est du volume d'une tête d'adulte, il présente une paroi assez épaisse; sa surface interne est lisse, sa surface externe est dépolie en raison des adhérences. Ce kyste est intact et ne présente qu'une seule loge. Il porte dans sa portion inférieure une masse végétante extra-kystique d'aspect blanc

(1) Cette nouvelle intervention a été pratiquée, elle a consisté en une résection de 15 centimètres d'intestin grêle dans un point qui était le siège, en même temps que de la perforation, d une véritable tuberculose. La malade est sortie guérie au vingtième jour, en parfait état de santé et heureuse d'être débarrassée de l'infirmité que lui avait laissée la première intervention.

jaunâtre, mamelonnée, en forme de chou-fleur, en tout semblable aux papillomes végétants extra-kystiques. Rien dans l'examen microscopique ne peut faire soupçonner que cette massse est envahie par la tuberculose.

La trompe et l'ovaire droits paraissent fusionnés en une seule masse, dans laquelle l'ovaire est difficile à distinguer. La trompe, très épaisse, présente une muqueuse enflammée; elle contient du pus crémeux, épais.

L'examen histologique a montré que les annexes droites étaient le siège d'une inflammation chronique tuberculeuse.

Quant au kyste de l'ovaire, il a un revêtement interne pourvu d'une couche unique d'épithélium cylindrique qui ne présente nulle part de formation glandulaire. C'est donc, d'après ces caractères histologiques, de même que par le liquide contenu, un kyste séreux (fig. 3).

Quant aux végétations papillaires extra-kystiques, elles sont constituées par une masse conjonctive enflammée, dans laquelle plongent des formations épithéliales d'une seule couche d'épithélium cylindrique.

Les villosités, encore épithéliales dans leur partie profonde, présentent dans leur partie moyenne un tissu conjonctif pourvu de follicules tuberculeux et de cellules géantes; la partie superficielle est le siège d'une transformation caséeuse plus avancée.

Ces pièces et ces préparations ont été présentées à la Société de chirurgie de Lyon, séance du 2 février 1905.

Nous avons réuni un certain nombre d'observations publiées sous ce titre ou pouvant y être rangées. Dix-huit seulement, en y comprenant les nôtres, sont incontestables.

Pour affirmer qu'on a sous les yeux un kyste tuberculeux, plusieurs éléments sont nécessaires.

Macroscopiquement, 1° il faut constater très nettement que la trompe est indépendante de la tumeur, c'est-à-dire qu'il ne s'agit point de salpingite bacillaire à forme kystique ; 2° il faut pouvoir affirmer les connexions intimes de la tumeur avec l'ovaire. Ceci paraît élémentaire et cependant ceux qui ont la pratique de l'ablation des poches suppurées au fond du bassin savent parfaitement combien toutes ces constatations précises sont quelquefois difficiles. Reste alors l'examen microscopique de la paroi, qui, lui, pourra nettement établir l'existence : 1° de la tuberculose ; 2° d'un épithélium cylindrique analogue à ceux des kystes ovariens.

L'existence de cet épithélium cylindrique, s'il est parfaitement intact, peut suffire à affirmer ce diagnostic, quoique il n'y ait aucune différence, comme on le sait, entre l'épithélium de certains kystes ovariens et l'épithélium tubaire.

Mais lorsque la trompe revêt macroscopiquement la forme d'une poche

kystique, elle est franchement suppurée ; l'épithélium alors disparaît. La même chose peut arriver à un kyste de l'ovaire, dans lequel le processus tuberculeux peut être assez intense pour le transformer en un véritable abcès. Il reste alors encore un moyen pathologique d'affirmer qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire, c'est la constatation dans la paroi, ainsi que cela est arrivé à Léo Wechsberg, à Prusmann et à nous, des reliquats de tissu ovarien (corps jaunes, cicatrices de corps jaunes, *corpora albicantia*).

Un certain nombre d'observations, manquant d'analyse macroscopique suffisante et d'examen histologique probant, sont à rejeter. Tel le cas de Grussdew, dans lequel on trouva, s'engageant dans le kyste, une grande quantité d'épiploon. Il s'agit, à défaut d'examen histologique, plus vraisemblablement d'une péritonite tuberculeuse enkystée que d'un kyste de l'ovaire rompu dans l'abdomen.

Il faut donc, dans l'affirmation de ce diagnostic, éviter les trois erreurs suivantes : péritonite tuberculeuse enkystée, salpingite bacillaire, abcès froid de l'ovaire. Après contrôle soigneux, nous trouvons 11 cas suffisamment douteux pour être rejetés et 18 à accepter.

Ces derniers sont ceux de : Spencer Wells (1), Klebs (2), Baumgarten (3), Sænger (4), Gade (5), Kelly (6), von Kryzwiki (7), Schottlander (8 et 9) (2 cas), Heirberg (10), Madlener (11), Ehrendorfen (12), Olshausen (13), Elsœsser (14), Prüsmann (15); Wechsberg (16), les deux nôtres (17 et 18) (1).

Symptomatologie. — *L'histoire clinique* de la tuberculose des kystes de l'ovaire ne saurait être dégagée d'un si petit nombre d'observations. Il est toutefois à remarquer que, dans les observations qui offrent une histoire clinique suffisamment développée, on retrouve une symptomatologie à peu près constante, comme phase de début. C'est, dans le cas de Prussmann, de violentes douleurs dans le bas-ventre, survenues à l'occasion des règles. Chez notre malade de l'observation I, par deux fois, à deux mois d'intervalle, elle eut une phase assez aiguë de douleurs abdominales.

Dans notre cas II, l'histoire clinique est trop liée à l'évolution de la salpingite bacillaire droite.

Voit-on survenir, chez une malade atteinte de kyste de l'ovaire, des symptômes aigus qui paraissent liés à l'évolution de ce kyste ; il faut songer à l'infection de ce kyste et, à côté des autres causes d'infection, faire entrer en ligne de compte la tuberculose.

(1) Toutes les observations étrangères ont été rapportées *in extenso* dans la thèse de notre élève Remy (Lyon, 1904).

Chez presque toutes nos malades, les antécédents d'une affection abdominale pouvant être interprétée comme péritonite tuberculeuse ont été notés. Cette péritonite bacillaire, survenue dans l'enfance, a précédé, de plusieurs années, le développement du kyste. Dans notre observation II, c'est au contraire le kyste qui a attiré l'attention de la malade et, dans les antécédents, c'est en vain qu'on cherche quelques manifestations de tuberculose.

Anatomie pathologique. — La tuberculose peut frapper aussi bien les kystes dermoïdes que les kystes glandulaires. Nous relevons en effet deux kystes dermoïdes pour 15 kystes glandulaires, ce qui est dans la proportion des kystes dermoïdes aux kystes simples. A ce sujet, rappelons une observation de Gottschalk, coexistence de la tuberculose avec une tumeur ovarienne, ce qui serait davantage à rapprocher de notre observation II. Ces kystes sont le plus souvent multiloculaires et seuls les trois cas de Heiberg, Madlener et Ehrendorfer concernent des kystes uniloculaires. Toutefois, avant d'affirmer qu'un kyste est uniloculaire, il faut plus qu'un examen superficiel et, dans notre cas, nous aurions facilement conclu à l'unilocularité si nous n'avions pas examiné un point plus épais de la paroi où nous avons pu reconnaître les reliquats de l'ovaire correspondant et deux autres petites poches kystiques, l'une à contenu hématique, l'autre à contenu clair, qui, à l'examen microscopique, ont été reconnus indemnes de tuberculose. C'est, en effet, un point très curieux et très important de cette étude, que, dans ces kystes multiloculaires, la tuberculose peut ne pas atteindre toutes les loges du kyste, et nous verrons l'importance de ce fait au chapitre pathogénique.

Dans un des cas de Schottlœnder, le kyste était intra-ligamentaire : dans celui d'Ehrendorfer, il était en partie intra-ligamentaire et en partie rétro-péritonéal. Dans notre observation II, il s'agissait sûrement d'un kyste à développement sous-péritonéal. Dans notre observation I, il est difficile de dire si ce kyste est développé dans le ligament large ou bien dans le Douglas et fixé à ce niveau par des adhérences. Le développement excessif de l'élément musculaire dans la paroi plaide pour l'hypothèse d'un kyste intra-ligamentaire. Dans tous les autres cas, il s'agissait de kystes à développement intra-abdominal sans enveloppe péritonéale.

Le *contenu* des kystes offre une grande variété et on a observé des kystes à liquide jaune clair ou brun, hématique (obs. XVI et la nôtre), brun chocolat (obs. XV), purulent et mal lié, sanguinolent (obs. XII), purulent franc avec du pus crémeux (obs. XIII), et du pus avec masses argi-

leuses gris jaunâtre et des grumeaux caséeux (obs. VII, IX, X et XIV).

Dans 3 cas, les tubercules existaient uniquement à la face externe; dans 3 cas, ils étaient visibles tant à la face interne qu'à la face externe; dans 10, ils étaient localisés uniquement à la face externe; dans 1 cas, ils occupaient uniquement les végétations papillaires extra-kystiques.

Dans notre seul cas, l'examen cytologique du liquide a été pratiqué. Les résultats de cet examen sont très intéressants. Ils apportent, en effet, un appoint nouveau aux données de la cytologie, en montrant qu'elle ne doit pas rester spéciale aux épanchements pleuraux et qu'elle s'applique aux épanchements pathologiques les plus divers. C'est ainsi que, malgré l'étrangeté du fait, le professeur Courmont n'a pas hésité, dans notre observation I, à émettre l'opinion qu'il s'agissait de tuberculose.

Pathogénie. — Tous les auteurs qui se sont occupés avant nous de la question, Guillemain (*Revue de chirurgie*, 94), Schottlœnder, Prüsmann, se sont posé le problème suivant : le kyste est-il d'origine tuberculeuse ou bien ne s'agit-il que d'un kyste préformé infecté par la tuberculose ?

1° La tuberculose joue-t-elle un rôle dans la formation du kyste de l'ovaire ?

La tuberculose est capable de déterminer une irritation formative dans son voisinage; les réactions qu'elle provoque dans les tissus épithéliaux voisins donnent lieu parfois à des productions capables de simuler un néoplasme. Toutefois, ces réactions pseudo-néoplasiques sont toujours limitées; nous ne croyons pas qu'elles soient capables d'édifier un kyste véritable.

Contre cette hypothèse, l'un de nous (*Société de chirurgie de Lyon*) faisait remarquer que les tuberculoses annexielles sont très fréquentes, et nous ne voyons pas des productions kystiques importantes venir compliquer les lésions ovariennes.

Nous avons, d'autre part, signalé plus haut que, dans les cas de kystes multiloculaires, il existait souvent (Prüsmann, Vechsberg, notre obs. I) des loges indemnes de toute lésion tuberculeuse. Ceci va directement à l'encontre du rôle de la tuberculose dans la genèse du kyste.

Il faut donc simplement admettre que, dans ces cas, c'est la tuberculose qui vient envahir secondairement un kyste préexistant, que la tuberculose des kystes de l'ovaire est à rapprocher des cas plus connus d'infection de ces mêmes kystes par les micro-organismes de la suppuration

(streptocoque, staphylocoque), par le bactérium coli, par le bacille d'Eberth. Mais ici la question est un peu plus complexe.

2° En fait d'infection tuberculeuse, il faut considérer la possibilité d'une tuberculose congénitale que certains auteurs conservent encore en face de la tuberculose acquise pour les cas où cette dernière est difficile à démontrer. Acquise, la tuberculose génitale peut survenir par trois voies : *a*) sanguine ; *b*) intestino-péritonéale ; *c*) ascendante. On a discuté longtemps sur la possibilité et la fréquence comparée de ces trois voies. Ce n'est point le lieu ici de répéter ce qui a été dit et écrit sur la question de la tuberculose génitale ascendante. Les partisans de la théorie en sont encore réduits à chercher un cas probant (1).

Quant à la tuberculose des kystes de l'ovaire, il convient de distinguer les cas où cette tuberculose est isolée, et ceux où elle s'accompagne de lésions de voisinage de même nature.

Y a-t-il des lésions de voisinage, en particulier sur le péritoine ? La question est très simple.

Elle n'est pas douteuse dans ceux où il existe à la fois des granulations à la face externe et à la face interne du kyste. Dans le cas de Sænger par exemple, l'infection est due vraisemblablement, comme l'admet l'auteur lui-même, aux ponctions répétées du kyste à travers un péritoine tuberculeux.

Pour les cas où il existe, en même temps que la tuberculose du kyste, des lésions tubaires, il est vraisemblable d'admettre, vu la fréquence de la tuberculose tubaire parmi les localisations de la tuberculose génitale, une extension de l'infection de la trompe à l'ovaire, quoiqu'on ne puisse rien invoquer contre l'hypothèse d'une infection concomitante par une même et unique poussée de tuberculose génitale.

Pour ceux où cette tuberculose paraît isolée, primitive, c'est à la voie sanguine qu'il faut se rallier comme mode de propagation de l'infection. Il faut se rappeler que l'entrée du bacille de Koch se fait toujours au niveau de l'arbre respiratoire ou du tube intestinal et peut s'y faire sans y déterminer de lésions cliniquement appréciables, pour aller se développer dans un *locus minoris resistentiæ*.

---

(1) AMANN., *Congrès de Rome*, 1902. — JAMIN et VIOLET, *Lyon médical*, 1904.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AMANN, Rapport sur la tuberculose génitale, au IVe Congrès de gynécologie, Rome, 1902, cité in *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1902, p. 957.

BAUMGARTEN, Ein Fall von Kystoma ovarii mit tuberculöser Entartung der Cystenwand. *Virchow's Archiv*, 1884, Bd. XCVII, S. 11.

EHRENDORFER, Tuberculöse Ovarialcyste. *Wiener klin. Woch.*, 1896, n° 15 ; cité in *Centralblatt f. Geb. und Gyn.*, 1896, p. 909.

ELSAESSER, *Ueber einen Fall von tuberculosem Ovarialkystom.* Inaugural Diss. Tubingen, 1899, n° 33.

GADE, Cystis dermoïdea : kysto-papilloma proliferans et tuberculosis ovarii. *Centralblatt f. Geb. und Gyn.*, 1893, S. 597.

GEBHARDT, Pathologische Anatomie der weiblichen sexualorgane, 1899.

GUILLEMAIN, La tuberculose de l'ovaire. *Rev. de chirurgie*, 1894, n° 12.

GROUSDEW, Société imp. de méd. de Saint-Pétersbourg, mars 1899 ; *Presse médicale*, 1900.

HÉGAR, *Genitaltuberculose des Weibes*, Stuttgart, 1886.

HEIBERG, Festschrift R. Virchow gewidmet. Bd. II ; cité in *Centralblatt f. Geb. u. Gyn.*, 1892, Bd. XVI, S. 980.

JOLY, *De l'hyperplasie de l'épithélium pavimenteux stratifié au voisinage de la tuberculose.* Th. Lyon, 1903-1904.

KELLY, Tuberculosis of the Fallopian tubes and peritoneum. Ovarian tumor. *John's Hopkins Hospital Rep.*, Baltimore, 1890, Bd. II, p. 201.

KLEBS IN OLSHAUSEN, Die Krankheiten der Ovarien, im Billroth-Luecke'schem. *Handb. d. Frauenkrankh.*, Bd. II, S. 702.

KRZYWIKI (VON), *Ziegler's Beitrage f. pathol. Anat.*, 1889, Bd. III, Heft. 3.

LEMOINE, *Suppuration des kystes de l'ovaire.* Th. Lyon, 1902-1903, n° 103.

MADLENER, Tuberculöse Ovarialcyste *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1894, Bd. V, S. 621 ; et in *Centralblatt f. Gyn.*, 1894, p. 529.

MANGOLD, *Ueber die Infection der Ovarialkystome.* Inaugural. Diss. Basel, 1895.

OLSHAUSEN, *Verhandlungen der Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. zu Berlin*, Sitzung vom 22 Februar 1901 : cité in *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1901, Bd. XLV, S. 377.

PRUSMANN, Tuberculose der Eierstocksgeschwülste. *Archiv. f. Gyn.*, 1903, Bd. LXVIII, S. 769.

REMY, *Kystes de l'ovaire tuberculeux.* Thèse de Lyon, 1904.

SAENGER, Tuberculöses Kystoma ovarii bei Tuben und Bauchfelltuberculose. *Centralblatt f. Geb. u. Gyn.*, 1890, S. 522.

SCHOTTLAENDER, Ueber Eierstockstuberculose. *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. V, Heft 4, et H. 5, S. 426 ; ou bien in : *Ueber Eierstockstuberculose*, in-8, Iéna, G. Fischer, 1897.

SPENCER WELLS, *Transact. Path. Society, London*, 1863-1864 ; ou bien in : *Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus.* Traduction, Paris, 1883.

VEIT, Tuberculose génitale. Rapport au Congrès de Rome, 1902 ; cité in *Rev. de gyn.*, 1902.

WECHSBERG, Tuberculose des Eierstocksgeschuwlste. *Monats. f. Geb. und Gyn.*, 1903.

WOLFF, Ueber die Tuberculose des Eierstocks. *Virch. Arch.*, 1896, Bd. LII.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES ANENCÉPHALIENS

ÉTUDE HISTOLOGIQUE DU SYSTÈME NERVEUX D'UN FŒTUS ANENCÉPHALE (1)

Par MM. **NICOLAS ALEX. PETZALIS**, de la Faculté de Paris, professeur agrégé à l'Université d'Athènes, chef de Clinique obstétricale, et **GEORGE COSMETTATOS**, de la Faculté de Paris, professeur agrégé à l'Université d'Athènes.

Le terme anencéphale, de *a* privatif et εγκέφαλος = encéphale, désigne un être dépourvu totalement de substance cérébrale. Cette dénomination termine, dans la classification tératologique d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, la troisième tribu des monstres unitaires autosites et constitue la troisième famille, celle des monstres anencéphaliens. Cette famille comprend, en outre, les dérencéphales (δείρη ou δέρη = nuque, et εγκέφαλος = encéphale), monstres nommés ainsi par Ét. Geoffroy Saint-Hilaire, pour désigner ceux dont le cerveau, plus ou moins développé, était situé à la nuque. Plus tard, grâce aux travaux de Portal (2), cette dénomination fut donnée, comme une contraction du terme déranencéphalie ou anencéphalie cervicale, aux monstres dépourvus de cerveau et de la portion cervicale de la moelle.

Aujourd'hui, la question de l'anencéphalie, qui, comme toutes les questions se rapportant aux connaissances humaines, a suivi un processus évolutif comprenant trois stades ou périodes, est définitivement entrée dans la période positive, grâce aux conquêtes dues à l'observation et à l'expérimentation. En effet, vu l'appréciation plus exacte des faits, qui sont mieux étudiés et mieux connus, le terme anencéphalie fera désormais partie de cette nomenclature impropre et dénuée de sens littéral, qui n'est conservée dans la science que pour éviter la confusion qui résulterait d'une nomenclature nouvelle, plus conforme aux faits, et pour rappeler aux générations futures les progrès accomplis.

---

(1) Travail de la Clinique obstétricale d'Athènes, Professeur Dem. Consolas.

(2) VINCENT PORTAL, Description de plusieurs monstres humains anencéphales, classés et déterminés sous le nom de dérencéphales. Cf. *Ann. Scienc. nat.*, t. XIII, p. 233.

La présente étude est une contribution à la pathogénie de l'anencéphalie, basée sur l'analyse histologique du système nerveux d'un fœtus anencéphale.

Observation. — La nommée Irène V..., secondipare, de Patras, domestique, âgée de 30 ans, entre le 20 août 1904, vers 6 heures du matin, à la clinique, ayant une dilatation de 6 centimètres et en travail depuis la veille 7 heures matin. Son père mort de syncope à l'âge de 60 ans, et sa mère à l'âge de 55 ans des suites d'une attaque de rhumatisme aiguë. De ses dix frères et sœurs, six succombèrent pendant leur enfance à diverses maladies, et les quatre survivants, dont deux frères et deux sœurs, sont bien portants, mariés, ayant des enfants sains et ne présentant, ainsi que leurs parents, aucune anomalie de développement. Dans ses antécédents personnels, on trouve la rougeole, qu'elle a contractée pendant l'enfance. Elle eut ses menstrues pour la première fois à l'âge de 13 ans et, sauf quelques légères douleurs précédant leur apparition mensuelle, elle fut toujours régulièrement réglée. Il y trois ans, elle fut enceinte pour la première fois. Vers la fin du septième mois de sa grossesse, ayant soulevé un meuble lourd, elle accoucha prématurément d'une fille mort-née, bien constituée. Il y a quelques mois, elle a conçu du même homme, qui, soit dit en passant, ne porte aucune anomalie de développement. Quant aux ascendants et aux antécédents de cet homme, elle ne peut fournir aucun renseignement. Ses dernières règles datent du 12 mars 1904, et pendant les quatre premiers mois de sa grossesse, elle a continué à perdre du sang à l'époque de ses règles. Elle a senti les mouvements actifs du fœtus vers la fin mars. En dehors des nausées dont elle a souffert pendant le cours du premier mois, rien d'anormal à signaler pendant sa grossesse. Son bassin est bien conformé. Urines normales. Fœtus en S. I. F. A. complet modé des pieds. Rupture spontanée, tempestive, de la poche des eaux, à 7 heures du matin, et à 7 h. 50 sortie du fœtus. La tête fut dégagée par la manœuvre de Mauriceau, et pendant son dégagement eut lieu la rupture d'une poche siégeant au sommet du crâne, et il s'en écoula une sérosité sanguinolente. Aussitôt sa naissance, le fœtus a immédiatement respiré, sans pousser cependant aucun cri, et porta le pouce de sa main droite à la bouche, sans faire néanmoins des mouvements de succion. Les narines sont complètes et situées normalement. Les yeux gros et saillants, comme chez les batraciens. Les paupières étaient largement ouvertes, le regard vague, immobile, et la cornée ne réagissant pas au toucher digital. Il pesait 2.800 grammes. Ses annexes 735 grammes. Sur la face fœtale de son placenta, on constate des infarctus blancs. Sa longueur est de 49 centimètres. Le volume de son corps contraste avec son poids, car il présente un développement insolite du système adipeux. A part l'hypospadias et la cryptorchidie, le reste de son corps et de ses membres est bien conformé. Quant à sa tête, la face ne présente rien d'anormal, mais elle est aplatie par en haut, parce que la voûte cranienne fait totalement défaut. En effet, les os frontaux, pariétaux et l'occipital ne se sont pas développés. La circonférence du crâne, vers sa base, est recouverte par la

peau dont le système pileux est bien développé, tandis qu'au sommet aplati du crâne, la peau est glabre et revêt une poche située au sommet, de la grosseur d'une mandarine, aux parois épaisses, déchirées en un point, et qui semble ne rien contenir. A cette conformation de la tête, on reconnaît un monstre de la tribu des anencéphaliens et de la classe des unitaires autosites. La sensibilité existait sur toute l'étendue de son corps ainsi que tous les réflexes des membres et la sensibilité au chaud et au froid. Par contre, le réflexe

de la pupille fait défaut ainsi que le réflexe de la succion. En effet, nous avons essayé, en promenant une cuillère à café sur le dos de sa langue et jusqu'à sa base, à réveiller ce dernier réflexe, mais ce fut peine perdue. Nous avons, de même, versé dans son pharynx un peu d'infusion de camomille afin de provoquer la déglutition, mais aussitôt nous fûmes obligés de retourner le nouveau-né, menacé de suffocation par la stagnation du liquide. La respiration ainsi que la fonction cardiaque se faisaient régulièrement, jusqu'au moment de sa mort, qui est survenue inopinément, 4 h. 55 après sa naissance. Pendant sa courte existence, le nouveau-né ne poussa aucun cri.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, nous trouvâmes tous les organes et

les vaisseaux bien conformés et normalement placés. A quelques points de la surface des poumons nous constatâmes des groupes des vésicules surdistendues d'air. Les organes abdominaux étaient également tous bien conformés et normalement placés. Nous y avons trouvé les testicules. L'œsophage, le canal de l'urèthre ainsi que le rectum étaient perméables. La colonne vertébrale est fermée sur toute sa hauteur. En sectionnant la peau du crâne sur la ligne médiane, d'avant en arrière, nous ouvrîmes en même temps la poche sus-mentionnée. Elle était vide, le liquide séro-sanguinolent s'étant écoulé à la suite de sa rupture qui eut lieu pendant le dégagement de la tête. Les parois de cette poche étaient assez épaisses et semblaient être formées de plusieurs feuillets. A l'intérieur, sur un point situé près de la base du crâne, nous trouvâmes une petite tumeur de la grosseur d'un pois chiche, ayant l'aspect ganglionnaire, et dont il émanait des tractus, qui se perdaient dans les parois de la poche et vers la base du crâne. Sur deux autres points de la surface interne de la poche nous constatâmes la présence de deux tumeurs beaucoup plus petites, dont émanaient des tractus, semblables aux précédents, et se perdant également dans les parois de la poche.

Examen macroscopique du système nerveux. — La colonne vertébrale, fermée sur toute sa hauteur, mesure 26 centimètres et demi de l'occiput au coccyx. Toutes les vertèbres sont bien conformées. A l'ouverture du canal rachidien par section des apophyses transverses, on croit, de prime abord, que le canal est vide. Mais en examinant bien avec une sonde cannelée, nous constatons, vers la face antérieure du canal, un ruban longitudinal, aplati et adhérent, de couleur rougeâtre, qui représente la moelle épinière enveloppée de ses méninges. La moelle, mesurée avec les méninges, a 16 centimètres de longueur. Elle commence entre la 1re et la 2e vertèbre cervicale, où elle fait suite au bulbe, et se termine par la queue de cheval, à la partie inférieure du sacrum, où elle s'attache par des tractus fibreux à la base du coccyx. L'extraction de la moelle nous donna beaucoup de peine, sa face antérieure adhérant fortement sur la paroi antérieure du canal vertébral. Cette adhérence s'étendait depuis la portion basilaire, à peine ébauchée, de l'occiput jusqu'à la partie moyenne de la portion dorsale. Tout en haut, les méninges rachidiennes se perdaient dans les parois de la poche occupant le sommet de la tête et représentant la poche encéphalique.

L'ouverture de la dure-mère et de l'arachnoïde nous met immédiatement en présence de la face dorsale de la moelle. Celle-ci ne s'étend pas dans toute la hauteur du canal méningé, mais à partir de l'endroit correspondant à la 1re vertèbre lombaire, elle est représentée par les racines des nerfs rachidiens qui forment la queue de cheval. La moelle épinière, dont la configuration extérieure paraît altérée, présente en outre son périmètre considérablement diminué. En effet, à la portion cervicale, où aucun renflement ne rappelle le renflement cervical, elle mesure à peine 3 millimètres dans son axe antéro-postérieur et 4 millimètres dans son axe transversal. Sur toute la hauteur de sa portion dorsale, son périmètre diminue, au point que son axe antéro-posté-

rieur est de 2 millimètres et son transversal de 3 1/2 à 4 millimètres. Enfin, la portion lombaire atteint les mêmes dimensions que la portion cervicale.

Les racines postérieures des nerfs rachidiens ont une disposition différente dans les diverses régions de la moelle. Ainsi à la portion cervicale, ces racines, au nombre de 5 à 6, sont composées de 5 à 6 radicules, qui émergent de chaque côté du sillon postérieur, de là se portent en dehors et, dès leur émergence, s'unissent à un tronc commun. Dans les régions dorsale et lombaire, les racines n'ont plus la même disposition. Elles deviennent de plus en plus descendantes, leur trajet descend verticalement, au point que les derniers nerfs parcourent, avant leur émergence de la moelle, un trajet vertical atteignant parfois 5 centimètres. Les racines postérieures ont été trouvées, sur tous les nerfs rachidiens, plus développées que les antérieures. Les ganglions spinaux existaient dans tous les nerfs rachidiens. Le bulbe est partiellement conservé. Sa moitié gauche est presque complètement altérée, et il ne reste que sa moitié droite, qui, elle aussi, ne présente non plus son aspect physiologique. En effet, il se différencie à peine de la moelle par son périmètre, qui est un peu plus grand. A sa partie supérieure le bulbe s'amincit considérablement et prend la forme d'une mince lame, qui se continue avec la couche nerveuse très ténue qui tapisse la face interne de la poche encéphalique.

Cette poche a une forme ovalaire, dont le grand axe se dirige longitudinalement d'avant en arrière par rapport à la tête. Son diamètre antéro-postérieur mesure en effet 7 centimètres; son diamètre transversal 6, et son diamètre vertical, 5 centimètres. Sa face externe, constituée par la peau du cuir chevelu, est, comme nous l'avons déjà dit, lisse, glabre et facilement décollable des méninges qui se trouvent au-dessous et sont une expansion des méninges enveloppant le bulbe et la moelle. A sa face interne, on y voit de chaque côté quelques petites masses ganglionnaires, dont le volume variait depuis celui d'un grain de chenevis jusqu'à celui d'une petite noisette. De ces masses ganglionnaires partent des tractus nerveux représentant les nerfs craniens, qui se dirigent vers la base de la poche et à ses parois, et deviennent tellement ténus qu'il nous fut absolument impossible de les poursuivre jusqu'à leur terminaison, de sorte qu'ils semblaient se perdre dans l'intimité des parois de la poche.

La face interne de cette poche est formée d'une couche, d'un millimètre d'épaisseur, d'une couleur grisâtre, qui, comme nous allons voir tout à l'heure, présente une structure nerveuse.

A la base du crâne, qui est bien conformée, nous ne remarquons aucune trace représentant le chiasma et la partie intra-cranienne des nerfs optiques. Ces derniers nerfs existaient pourtant, mais ils se terminaient de chaque côté de la selle turcique ou s'unissaient par quelques tractus fibreux aux parois osseuses.

Examen microscopique. — Nous ferons l'étude de la moelle en procédant de bas en haut.

A la partie tout à fait inférieure de la moelle, correspondant à la 1re vertèbre lombaire, sa structure se rapproche un peu de la normale. La substance grise

occupe la plus grande partie de son étendue. A la place du canal épendymaire on voit une large cavité piriforme, dont l'extrémité la plus large correspond à la scissure médiane antérieure. Cette cavité, dans sa partie antérieure, appartient au canal épendymaire élargi, et elle y est tapissée par l'épithélium caractéristique ; tandis que le reste de son étendue, au lieu d'épithélium, est tapissé d'une couche de tissu névroglique, qui la sépare de la substance grise environnante. La cavité est remplie, en partie, de détritus cellulaires et de globules sanguins.

La substance grise a la forme de deux croissants, situés de chaque côté de la cavité centrale, et dont la convexité se dirige en dedans. Ces croissants s'unissent par une mince bande de substance grise, qui passe devant le canal épendymaire. Dans la substance grise nous remarquons les cornes antérieures, relativement volumineuses, dont la partie antéro-interne est coiffée d'une couche de substance blanche. Les cornes postérieures ne sont pas effilées, comme à l'ordinaire, mais sont moins élargies que les antérieures et n'arrivent pas jusqu'à la surface de la moelle.

Les cellules nerveuses forment deux groupes situés dans la corne antérieure. L'un de ces groupes est plus antérieur que l'autre, et il en est séparé par des fibrilles nerveuses. Les cellules qui constituent chacun de ces groupes sont d'une quinzaine environ pour le plus antérieur, et d'une dizaine pour l'autre. Elles sont multipolaires, avec noyau pour la plupart médian, et leur protoplasma contient des granulations chromatiques. Les cellules paraissent être bien développées, ainsi que les fibrilles émergeant de ces cellules pour constituer les racines antérieures.

La substance blanche, de beaucoup moins développée que la grise, entoure complètement cette dernière. Les cordons antéro-latéraux sont représentés par une mince couche de substance blanche, tandis que les postérieurs, beaucoup plus développés que les précédents, ont la forme de deux coins englobant l'extrémité postérieure de la substance grise et, s'unissant entre eux sur la partie médiane postérieure, comblent la scissure médiane postérieure de la moelle, qui fait ainsi totalement défaut. Quant à la scissure antérieure, elle est normalement constituée, mais elle contient de nombreux vaisseaux dilatés et gorgés de sang. Également dans l'intimité de la moelle, nous remarquons une vascularisation abondante, sans constater néanmoins aucune trace d'hémorragie. La moelle est entourée des racines antérieures et postérieures, dont la direction est descendante. Ces racines présentent une riche vascularisation.

Sur une autre coupe située un peu plus haut et correspondant à la 12e vertèbre dorsale, on aperçoit le canal épendymaire aussi élargi, mais présentant, au lieu d'une cavité piriforme, une large fente, dont la partie antérieure est tapissée seulement d'épithélium, et le centre contient quelques détritus cellulaires et des globules sanguins. Comme sur la coupe précédente, la commissure antérieure existe et est constituée latéralement par les extrémités des cordons antérieurs, tandis que son fond est tapissé par de la substance grise unissant les deux cornes antérieures, et la sépare ainsi de la cavité centrale.

La substance blanche est réduite à une mince couche tapissant les parties antéro-latérales de la moelle, tandis que les cordons postérieurs, beaucoup plus développés que les précédents, forment une masse unique, le sillon médian postérieur étant, consécutivement, à peine différencié. La substance grise est assez bien développée sur cette coupe. Elle forme, de chaque côté de la cavité centrale, une virgule, dont la grosse extrémité constitue la corne antérieure, tandis que celle qui forme la corne postérieure est effilée et arrive jusqu'à la surface postérieure de la moelle. Dans les cornes antérieures on distingue nettement trois groupes de cellules. Un de ces groupes occupe la partie antéro-interne; l'autre, l'antéro-externe, et le troisième la partie postéro-externe. Chacun de ces groupes contient une dizaine de cellules multipolaires. Sur cette coupe, la pie-mère entourant la moelle est extrêmement vascularisée. Les racines antérieures et postérieures sont bien développées. Sur une coupe portée un peu plus haut, la conformation de la moelle est un peu changée. Ainsi elle apparaît plus aplatie. Son axe antéro-postérieur est plus court que sur les coupes précédentes. Le canal central présente une cavité moins large, et l'épithélium épendymaire n'est conservé que sur une très petite étendue. La substance grise a le même aspect que sur les coupes précédentes, mais la forme en virgule est plus aplatie d'avant en arrière, de sorte que, sur les parties latérales, elle arrive presque jusqu'à la surface de la moelle. La substance blanche a la même disposition que sur les coupes précédentes. Les cordons postérieurs sont toujours les plus développés, mais non différenciés en faisceaux de Goll et de Burdach.

Le canal central s'élargit davantage en examinant la moelle sur une coupe portée un peu plus haut et sur une portion correspondant à la 8e vertèbre dorsale. Il se présente sous une forme quadrilatère, et l'épithélium épendymaire tapisse exclusivement sa partie antérieure. La substance grise a la conformation de deux larges bandes entourant la cavité centrale, et elle paraît changée dans sa structure normale. En effet, nous ne remarquons que très peu de cellules nerveuses dans la partie correspondant aux cornes antérieures, de sorte que nous y constatons seulement deux amas de cellules, dont chaque groupe contient 4 à 5 cellules. La substance blanche forme les cordons antéro-latéraux qui sont ici très étroits, tandis que les postérieurs sont beaucoup plus développés. La scissure antérieure, normalement constituée, existe, tandis que la postérieure fait totalement défaut, au point que les deux cordons postérieurs se confondent en une seule masse.

A partir de la 7e vertèbre dorsale, la configuration de la moelle commence à changer. Ainsi l'aplatissement constaté sur ses parties inférieures, décrites ci-dessus, n'est pas aussi considérable, et son axe transversal l'emporte très peu sur l'antéro-postérieur. La moelle présente deux cavités, dont l'une antérieure, c'est le canal épendymaire, élargi et tapissé sur presque tout son pourtour par son épithélium; l'autre, postérieure, deux fois plus grande que la précédente, est séparée d'elle par une lame de substance grise, contient des détritus épithéliaux ainsi que quelques globules sanguins altérés. La substance

grise sur cette coupe l'emporte toujours en étendue sur la substance blanche, mais elle contient très peu de cellules nerveuses sur les parties représentant les cornes antérieures. Les cordons antérieurs, plus ou moins bien développés, sont séparés par la scissure antérieure, qui est large et remplie de vaisseaux. Les cordons postérieurs sont également bien développés. On y remarque une expansion de la pie-mère, qui, pénétrant la face postérieure par son milieu, forme la scissure qui sépare les deux cordons.

Sur une autre coupe de la moelle portée un peu plus haut que la précédente, on constate que les deux cavités sus-mentionnées se fusionnent en un large canal, occupant la plus grande partie de la surface de la moelle et s'étendant postérieurement, presque jusqu'à la surface. Les cordons postérieurs sont très diminués de volume, à cause de l'élargissement de la cavité médullaire. La substance grise contient très peu de cellules nerveuses.

A partir de la 1re vertèbre dorsale et jusqu'à la 5e cervicale, la moelle épinière est complètement déformée. Le canal médullaire est transformé en une large cavité accaparant la plus grande partie de l'étendue en surface de la moelle. La substance grise ne ressemble en rien à sa structure normale. La cavité épendymaire a une forme polygonale, allongée dans le sens transversal. L'épithélium tapisse une partie seulement de sa surface. La cavité est remplie de détritus épithéliaux. La substance grise, méconnaissable quant à sa texture, est élargie latéralement, à cause de la distension du canal épendymaire, tandis qu'en avant et en arrière on n'y voit rien qui ressemble aux cornes antérieures et postérieures. En effet, à sa partie antérieure on y distingue seulement de rares cellules nerveuses ainsi que quelques autres à sa partie médiane, représentant les cornes latérales. Le sillon antérieur de la moelle est largement ouvert, tandis que le postérieur n'existe pas. Les cordons antéro-latéraux sont à peine développés, contrairement aux postérieurs, qui commencent, à partir de ce point-là de la moelle, à se séparer, mais la scissure postérieure proprement dite manque toujours.

La cavité centrale, sur une coupe portée un peu plus haut et correspondant à la 5e vertèbre dorsale, diminue de nouveau de largeur. L'épithélium épendymaire fait complètement défaut, et la lumière du canal a une forme irrégulière. L'aspect et les rapports entre les substances grise et blanche sont identiques à ceux de la coupe précédente.

Sur une coupe correspondant au niveau de la 3e vertèbre dorsale, le tissu de la moelle est déchiqueté et présente de petites cavités allongées, communiquant avec la cavité centrale. Ces cavités paraissent être dues à la rupture des parois du canal épendymaire, surdistendues par le liquide céphalo-rachidien. La moelle en cette partie est très diminuée de volume, car elle mesure à peine 2 millimètres de largeur et 3 millimètres d'épaisseur. La substance grise n'est pas nettement différenciée, ayant un aspect réticulé; cependant les endroits correspondant aux cornes antérieures et postérieures sont bien visibles. Cet état déchiqueté de la moelle se poursuit seulement sur une étendue de 5 millimètres en hauteur. En effet, si l'on examine la moelle

un peu plus haut, on constate qu'elle y est sensiblement mieux conservée.

Au niveau de la 2e vertèbre dorsale, la cavité médullaire est aussi large que dans les coupes précédentes, mais ses parois sont unies et seulement à gauche elles présentent quelques rainures s'enfonçant entre la substance nerveuse. La substance grise entoure le canal central, mais on n'y voit qu'un petit groupe de cellules multipolaires, se trouvant à sa partie antérieure. Les cordons postérieurs commencent à être séparés par la scissure postérieure et représentent deux masses larges, arrivant jusqu'aux cornes postérieures. La scissure antérieure est large, et on y voit un vaisseau qui entre dans la subsance grise latéralement et arrive même jusqu'à l'épithélium de la partie antérieure du canal épendymaire.

Dans la série de coupes portant depuis la 1re vertèbre dorsale jusqu'à la 7e vertèbre cervicale, la moelle présente le même aspect que ci-dessus, avec cette différence que la largeur du canal épendymaire varie dans les différentes hauteurs, de sorte qu'il occupe une plus ou moins grande étendue en surface de la substance nerveuse selon le point où a porté la coupe. Les vaisseaux sont toujours très abondants, surtout dans le sillon antérieur qui est large, tandis que le postérieur est rudimentaire. Les cordons antérieurs et postérieurs existent, mais ils sont minces et atrophiés.

Vers le milieu de la région cervicale, la moelle se rapproche de nouveau de sa texture normale. Ainsi, les cornes antérieures sont bien distinctes et les cellules y forment quatre groupes, dont chacun comprend un certain nombre de cellules multipolaires. Dans les parties représentant les cornes latérales, nous ne trouvons pas de cellules. Les cornes postérieures sont diminuées de volume et les antéro-latérales se voient nettement, quoique diminuées de volume. Les cordons postérieurs sont, par contre, très bien développés et forment deux faisceaux bien distincts, dont l'un a la forme d'une large virgule. La tête de cette virgule est située immédiatement derrière le canal épendymaire, et de là se porte en dehors et coiffe toute la corne postérieure, pour se terminer en pointe sur la surface de la moelle. L'autre faisceau, situé devant le précédent, s'étend jusqu'à la surface postérieure de la moelle et remplit l'espace libre qui se trouve entre le faisceau précédent et la surface de la moelle. Des deux racines, les postérieures sont mieux développées et représentent deux grands cordons, qui émergent de chaque côté de la ligne médiane postérieure et se portent en dehors pour se réunir avec les racines antérieures, beaucoup plus grêles, pour constituer les nerfs rachidiens.

Les membranes enveloppant la moelle présentent des traces d'une inflammation chronique. Ainsi, la dure-mère adhère à la paroi osseuse antérieure du canal rachidien, à la partie dorsale et cervicale. Au microscope, la dure-mère paraît très épaissie et on y distingue une néoformation cellulo-conjonctive et une hypervascularisation marquée. La pie-mère est également augmentée d'épaisseur, et les espaces sous-arachnoïdiens sont remplis d'un exsudat fibrineux et de vaisseaux, mais on n'y voit pas de traces d'hémorragies, récentes ou anciennes. Nous remarquons, en outre, que les septums conjonctifs

qui entrent dans la moelle sont plus épais et accompagnés de vaisseaux.

Le bulbe mesure en tout 10 millimètres en longueur et 5 millimètres d'épaisseur. Sa configuration est complètement altérée, et sa moitié droite est détruite, présentant en sa place une large excavation longitudinale, due probablement à une compression exercée sur sa surface.

Sur des coupes pratiquées perpendiculairement à son axe, nous constatons que le canal central est excessivement large et n'existe que dans sa moitié gauche, tandis que sa moitié droite est largement ouverte. Le tissu nerveux du bulbe est également altéré. On y distingue quelques cellules nerveuses disparates, mais, d'une façon générale, rien ne rappelle sa structure normale, de sorte qu'on ne peut être fixé sur la nature des noyaux des nerfs craniens.

Sur sa partie tout à fait supérieure, le bulbe s'amincit et y est représenté par une mince lame nerveuse, qui se continue avec la couche de substance nerveuse qui forme la surface interne de la poche qui remplace le cerveau.

La paroi de la poche qui remplace l'encéphale est composée de deux couches, l'une externe et l'autre interne. La première est constituée par les méninges encéphaliques, épaissies, et présentant la même structure que celle de la moelle. La couche interne est en entier formée de substance nerveuse. On y distingue des cellules et des fibres de névroglie en abondance, ainsi que de nombreux noyaux munis d'une mince couche de protoplasma, et dont quelques-uns en sont complètement dépourvus. Ce sont des cellules nerveuses dans un état rudimentaire ou en voie de développement, communément désignées sous le nom de *neuroblastes*. Nous y trouvons encore quelques rares cellules nerveuses multipolaires, mais dispersées et ne formant aucun groupe. Il est à noter aussi que, dans l'épaisseur du parenchyme nerveux, on remarque de nombreuses hémorragies circonscrites.

Nous allons étudier en dernier lieu le nerf optique et la rétine, qui, comme l'on sait, ne sont que des dépendances du cerveau primitif. Les nerfs optiques, très grêles, ont une longueur de 18 millimètres. Du pôle postérieur de l'œil, où ils commencent, ils traversent toute la cavité orbitaire, le trou optique et se terminent de chaque côté de la selle turcique par des tractus fibreux, et ne s'entre-croisent pas pour former le chiasma.

Le nerf optique ne présente pas de fibres optiques, mais son axe est rempli de fibres conjonctives, formant des mailles remplies de nombreux vaisseaux.

A la rétine, il y a absence complète de la couche des fibres optiques et l'on y remarque un développement incomplet des cellules ganglionnaires ; à leur place on trouve de petits noyaux sans protoplasma, isolés ou formant des groupes dont chacun comprend deux à trois de ces noyaux (1).

Si nous résumons les différentes lésions de la moelle que nous venons de décrire, nous voyons que celles-ci se localisent, tout d'abord, dans le canal médullaire. En effet, ce canal présente, sur toute la hauteur

(1) Voir, pour plus de détails : docteur G. Cosmettatos, L'Œil des anencéphales. *Archives d'ophtalmologie*, juin 1905.

de son parcours, un élargissement marqué de sa lumière, le transformant en une large cavité médullaire, au détriment de la substance nerveuse de la moelle.

En poursuivant ce canal par sa partie inférieure, nous constatons qu'à la région lombaire et dorsale inférieure il y forme une seule cavité centrale, élargie, et dont seulement la partie antérieure est revêtue de l'épithélium épendymaire. A la partie moyenne de la région dorsale il y a deux cavités, dont l'une, antérieure, représente le canal épendymaire élargi, et la postérieure, également large, est séparée de la précédente par du tissu névroglique. Les deux cavités s'unissent un peu plus haut, vers la partie supérieure de la région dorsale, et se fusionnent en une seule qui par endroits est tellement large, que sa lumière empiète sur les trois quarts de l'étendue en surface de la moelle.

Cette cavité se rétrécit un peu à la partie inférieure de la moelle cervicale et, à la partie supérieure de cette région, se continue avec la cavité du 4e ventricule. L'épithélium épendymaire, selon les régions où portent les coupes, est plus ou moins conservé, de sorte que sur certains points, et surtout vers sa paroi antérieure, il est pour la plupart conservé, tandis que sur ses parois latérales et postérieures, dans presque toute leur étendue, il fait complètement défaut. Ces cavités médullaires ne sont pas complètement vides, mais elles contiennent des détritus épithéliaux et quelques globules sanguins ainsi que d'autres éléments amorphes.

Il est à noter que, sur aucun point de la moelle, on ne constate d'hémorragies, aussi bien dans la lumière du canal que dans son pourtour. Quant aux hémorragies, constatées dans le parenchyme nerveux de la poche encéphalique, elles doivent être attribuées à la compression.

Nous attribuons ces cavités médullaires à une *hydromyélie intra-utérine*, laquelle, par surdistension du canal épendymaire, provoqua sa élérupture et contribua à les former.

La compression exercée dans ce cas sur le tissu de la moelle, par ce seul fait qu'elle se faisait d'une façon intrinsèque tout autour des parois du canal, a provoqué des modifications intéressant les deux substances constituantes de la moelle épinière. C'est ainsi que dans sa portion lombaire où cette cavité centrale n'est pas aussi grande, la substance grise conserve presque sa configuration et ressemble assez à la texture normale. Mais au fur et à mesure que nous remontons, la cavité médullaire, s'élargissant démesurément, rejette la substance grise de côté, de sorte qu'elle

forme deux bandes allongées de chaque côté de la cavité centrale. On n'y reconnaît pas la forme caractéristique des cornes antérieures et postérieures, mais à la place des premières on distingue quelques cellules multipolaires. A la région cervicale, la cavité centrale se rétrécit à nouveau, et la substance se rapproche de nouveau de la forme physiologique, par conséquent les cornes antérieures sont bien distinctes ainsi que leurs trois groupes cellulaires. Il est à remarquer qu'il n'y avait pas de cellules dans la colonne de Clarke.

La substance blanche présente, de même, des changements importants dans sa texture. Elle est généralement beaucoup moins développée que la substance grise. De tous les cordons, les mieux développés sont les postérieurs. Les antéro-latéraux se présentent sous la forme d'une mince bande de substance blanche, entourant les parties antéro-latérales de la moelle. Ces derniers cordons sont séparés par la scissure médiane, tandis que les premiers se confondent en une seule masse, à cause de l'absence, complète par endroits, de la scissure médiane postérieure.

Les méninges spinales présentent des lésions d'inflammation chronique, mais pas d'hémorragies anciennes ni récentes.

Le bulbe est très altéré dans sa structure, de sorte qu'il est impossible de reconnaître dans les coupes les noyaux des nerfs craniens. La moitié droite est presque complètement détruite, et il ne subsiste qu'une petite lame de substance nerveuse. La poche située sur le sommet du crâne est constituée par des parois, dont l'externe est une continuation de la peau, la moyenne est formée par les méninges, et enfin l'interne par de la substance nerveuse, dont le parenchyme est parsemé de grandes hémorragies circonscrites et de quelques cellules nerveuses rudimentaires.

Maintenant, nous allons étudier les lésions du système nerveux constatées par les divers auteurs, et nous les comparerons avec celles que nous avons trouvées dans notre cas. Nous nous réservons de parler des études faites macroscopiquement par les anciens auteurs, sur les monstres anencéphales, dans le chapitre de la pathogénie.

Parmi les auteurs qui s'occupèrent plus spécialement de cette question au point de vue de l'examen microscopique des lésions de la moelle et des vestiges du cerveau, sont: Arnold (1), Leonowa (2), Schür-

(1) J. Arnold, Gehirn, Rückenmark und Schädel eines Hemicephalus von dreitätige Lebensdauer. *Ziegler's Beiträge*, t. XI, 1891.

(2) Leonowa, Ein Fall von Anencephalie. *Archiv für Anat. und Physiol.*, 1890. Zur patho-

hof (1), Darvas (2), Bulloch (3), K. et G. Petren (4), Zingerle (5), Veraguth (6), Vaschide et Vupras (7), Raffone (8), Rabaud (9).

Les monstres que ces auteurs examinèrent, se trouvaient dans un stade de développement plus ou moins avancé, mais néanmoins les lésions trouvées concordaient dans la plupart des cas. Dans un cas de Schürhof, le bulbe présentait un développement avancé.

Ainsi, tous ces auteurs, et nous aussi, nous avons trouvé les cordons postérieurs de la moelle et la plus grande partie de la substance grise bien développés. Dans notre cas, les faisceaux de Goll et de Burdach n'étaient pas nettement différenciés, et les cordons postérieurs constituaient une masse unique. Les cordons antéro-latéraux manquaient, au contraire, dans presque tous les cas. Arnold trouva seulement ces derniers faisceaux en partie développés et attribua leur développement, dans son cas, à l'existence rudimentaire du cerveau. Dans notre cas, ces faisceaux antéro-latéraux étaient plus ou moins bien développés, même aux endroits où la moelle présentait son maximum d'atrophie.

Quant aux neurones sensitifs du deuxième ordre, la plupart des auteurs, comme Lenowa, Bulloch, K. et G. Petren, Raffone, et enfin nous aussi, nous n'avons pas trouvé des cellules dans la colonne de Clarke. Seulement Schürhof et Arnold prétendent en avoir trouvé, tandis que Darvas ne le mentionne pas du tout.

Le développement de ces cellules dans la colonne de Clarke a une importance significative, parce que, comme l'on sait, ces cellules sont en

---

logischen Entwickelung des Centralnervenssystems (Ein Fall von Anencephalie combinirt mit totalen Amyelie). *Neurolog. Centralblatt*, t. XXII, 1893.

(1) Schürhof, Zur Kenntnis des Centralnervenssystems der Hemicephalen. *Bibliotheca medica*, Abteilung C., Heft 3, 1894.

(2) Darvas, Ueber das Nervensystem eines Anencephalus, verglichen mit das Nervensystem normalen Neugebornen. *Anatom. Anzeiger*, t. IX, 1894.

(3) W. Bulloch, The central nervous system of an Anencephalus Fœtus. *Journal of Anat. and Physiol.*, t. XXIX, 1895.

(4) K. et G. Petren, Beiträge zur Kenntnis des Nervensystems und der Netzhaut bei Anencephalie und Amyelie. *Virchow's Archiv für Pathol. Anat. und Phys. und für Klinische Medicin.*, t. CLI, p. 346.

(5) Zingerle, Ueber Storungen der Anlage des Centralnervensystem auf Grundlage von Gehirn und Rückenmarks Missbildungen. *Roux' Archiv für Entwickelungsmekanik*, t. XIV.

(6) Veraguth, Ueber nieder differenzierte Missbildungen des Central Nervensystem. *Roux' Archiv für Entwickelungsmekanik*, t. XII.

(7) Vaschide et Vupras, Lésions anatom. du névraxe d'un anencéphale. *Soc. Neurol.*, 7 novembre 1901.

(8) Raffone, *Comptes rendus Acad. royale de méd. de Messine*, 6 mai 1898.

(9) Et. Rabaud, Nature de la pseudencéphalie (Méningite fœtale). *Comptes rendus de la Société de biologie*, séance du 3 décembre 1904, t. LVII, p. 515.

rapport avec le développement du cervelet, et par conséquent, une fois que ce dernier ne s'est pas développé, la colonne de Clarke ne se développe pas non plus. Les faisceaux cérébelleux manquaient également, et dans les cas où ils existaient, ils présentaient un développement qui ne concordait pas avec celui des colonnes de Clarke.

Pour ce qui concerne les autres faisceaux de la moelle épinière, la plupart des auteurs ne les trouvèrent pas développés. Il n'y a que Schürhof qui a vu les faisceaux de Gowers et d'Edinger un peu développés. Mais comme, dans ce cas, le cerveau existait en partie, il n'est pas surprenant que ces faisceaux se développassent.

Les cordons latéraux, dans notre cas, étaient tellement minces, qu'il nous a été impossible de différencier ces derniers faisceaux. Nous concluons seulement pour l'absence des faisceaux cérébelleux, à cause de la non-existence de cellules nerveuses dans la colonne de Clarke.

L'étude du bulbe fut faite par les auteurs, tels que Leonowa, Darvas, Arnold, Schürhof, mais les résultats de leurs recherches ne concordent pas, parce que leurs examens microscopiques ne correspondaient pas au même stade de développement de cet organe ou parce que il était plus ou moins altéré par la déformation, comme dans notre cas.

Ainsi Leonowa n'a pas trouvé la branche sensitive du trijumeau, mais seulement le noyau de l'hypoglosse. L'absence de la branche commune du trijumeau et du nerf vague est confirmée par Darvas, tandis qu'Arnold se réserve de donner une opinion nette, à cause des hémorragies et des vaisseaux qu'il trouva en cette partie du bulbe, et qui l'empêchèrent de distinguer nettement ce ganglion. Schürhof a trouvé, dans tous les cas observés par lui, le noyau du nerf vague, qui présentait cependant un développement plus ou moins avancé.

Un autre point sur lequel nous allons insister encore, c'est sur le développement des cornes latérales. Cette partie a été trouvée bien développée par tous les auteurs, comme par nous également. Schürhof a même émis l'hypothèse que les celiules de la région lombaire sont en rapport avec les nerfs des orteils, et que l'absence de ces amas cellulaires détermine probablement une anomalie des muscles des orteils. Cette manière de voir de Schürhof n'a pas été admise par Petren, parce qu'il est connu que les muscles des orteils sont innervés par la portion sacrée de la moelle, tandis que les cornes latérales existent à la partie supérieure de la moelle dorsale.

Tératogénie générale. — Il est incontestablement établi par l'observa-

tion, que les déviations tératologiques obéissent à des lois qui semblent être immuables. En effet, l'expérimentation nous a appris que, pour faire un monstre, il faut suivre les moyens que la nature met en œuvre, c'est-à-dire qu'il faut modifier le milieu extérieur, par exemple, la pression, la chaleur, la lumière, ou bien modifier le milieu intérieur au moyen des poisons, pour troubler la nutrition, l'élimination, la désassimilation. Malheureusement, ces lois qui régissent chacune des déviations observées, nous les entrevoyons seulement, et nous sommes loin de les connaître. C'est que la complexité des causes qui influencent l'évolution de l'être, en déterminant une déviation ou une anomalie du type normal, rend fort difficile la détermination exacte des lois physico-chimiques et biologiques qui provoquent chacune des déviations tératologiques. C'est ce qui a fait dire à Dareste : « Je suis sûr en agissant d'une certaine façon de produire une monstruosité quelconque ; mais je ne puis pas produire une monstruosité déterminée. »

Et cependant, grâce aux recherches scientifiques contemporaines poursuivies par l'association de l'observation et de l'expérimentation, quelques-unes de ces lois sont en train d'être découvertes. Aussi, croyons-nous que ces quelques lignes de Dareste (1), écrites dans sa préface sur la Tératogénie expérimentale, résument toute la pathogénie générale de l'embryon : « Nous pouvons dire aujourd'hui que les monstruosités résultent toujours de l'action des causes accidentelles, causes qui ne modifient point l'organisation toute faite, mais qui la modifient pendant qu'elle se produit, en donnant une direction différente aux phénomènes de l'évolution. » Ainsi, Dareste, en signalant la distinction que l'on doit faire entre la *période embryonnaire* et la *période fœtale*, et après avoir exposé les divers modes tératogéniques, conclut de la sorte : « Dans cette première période, les phénomènes physiologiques diffèrent complètement de ce qu'ils seront ultérieurement. Il n'y a point alors de fonctions spéciales. Tout se réduit à la vie des cellules primitives, vie dont les manifestations consistent essentiellement dans la production des cellules nouvelles. Chacune de ces cellules vit de sa vie propre et peut, dans une certaine mesure, se passer de l'action de ses voisines, et par conséquent les différentes parties de l'organisme, presque entièrement indépendantes les unes des autres, ne possèdent point cette solidarité qui

(1) Camille Dareste, *Recherches sur la production artificielle des monstruosités, ou essais de tératogénie expérimentale*, 2e éd., Paris, 1891, p. 18.

caractérise l'âge adulte. La vie de l'embryon animal reproduit alors très exactement celle des tissus cellulaires des plantes. »

Quant à l'action tératogénique de toute influence pathologique agissant sur l'embryon, elle fut déduite par Dareste de ses expériences sur l'influence des actions mécaniques ou asphyxiques, mais elle fut mise plus en évidence par les expériences de Ch. Feré (1), qui utilisa des causes morbigènes d'origine microbienne et toxique, et constata que les agents chimiques ou mécaniques exercent une action tératogène pendant la période embryonnaire et une action morbigène, suivie de la mort du jeune organisme, pendant la période fœtale.

On pourrait donc aujourd'hui définir le monstre *comme étant le résultat des causes physico-chimiques ou biologiques, agissant pendant la période embryonnaire et déterminant une évolution anormale de l'être.*

Davaine (2) a proposé le terme *abnormité*, pour caractériser les déviations organiques survenant pendant la période fœtale, c'est-à-dire les états tératologiques survenant lorsque la cause perturbatrice atteint plus ou moins gravement des organes avancés déjà dans leur développement, mais non totalement développés.

Pour ce qui concerne la nomenclature et la classification des monstres d'après leurs rapports génétiques rigoureux, malgré que l'étiologie et le mécanisme tératologiques sont établis pour quelques formes, il n'est pas moins vrai que, pour un certain nombre d'entre eux, ces conditions nous échappent encore ; de sorte que, jusqu'au jour où l'étude tératogénique n'aura plus de secrets pour nous, par conséquent en attendant la classification et la nomenclature tératogéniques, celles établies par Isid. Geoffroy Saint-Hilaire seront les meilleures. Néanmoins, il ne serait pas risqué, ce nous semble, de soutenir que ces paroles de Paul Bert (3) reflètent et résument toute la vérité sur la question de la nomenclature et de la classification des monstres : « En fait de monstres, il n'y a point de genres ni d'espèces, il n'y a que des individus. » En effet, le spina-bifida, hémitérie ou anomalie simple, arrive, par des transitions souvent observées et pour ainsi dire insensibles, à l'anencéphalie, qui constitue une monstruosité ou anomalie complexe.

---

(1) Ch. Feré, Note sur les différences des effets des agents toxiques et des vibrations mécaniques sur l'évolution de l'embryon de poulet, suivant l'époque où elles agissent. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 2 juin 1894, p. 462.

(2) C. Davaine, Cf. *Dict. encycl. des Sc. méd.*, 2e série, t. IX, art. Monstres, p. 214 et 221.

(3) Paul Bert, *Société d'anthrop.*, 1873.

Pathogénie de l'anencéphalie. — La pathogénie de l'anencéphalie se confond avec la pathogénie générale de l'embryon, jusqu'au jour où, depuis Morgagni, divers auteurs l'étudièrent particulièrement par l'analyse anatomique et macroscopique. Mais l'étude véritablement scientifique de la pathogénie de l'anencéphalie date de l'époque relativement récente, à partir de laquelle on a eu recours à l'étude microscopique des lésions existant sur les vestiges de l'encéphale et de la moelle. Ainsi, nous croyons pouvoir diviser la pathogénie de l'anencéphalie en trois périodes :

a) *Période des hypothèses.* — Parmi ces opinions, les unes, imaginaires, attribuaient cette monstruosité à des influences surnaturelles ou extranaturelles. En effet, une momie trouvée dans les catacombes d'Hermopolis, sépulture ordinaire des singes et des hibous sacrés, rapportée en France et examinée par Ét. Geoffroy Saint-Hilaire, a été reconnue appartenir à un fœtus humain anencéphale. Les autres, théories purement spéculatives, comme celle d'Empédocle citée par Plutarque, rapportent les monstruosités à un défaut, ou encore à l'excès, ou bien au détournement de la semence. Aristote, de même, attribue les monstruosités aux mêmes causes. Hippocrate, qui, le premier, a eu l'idée de poursuivre le développement physiologique de l'embryon, en faisant ses études d'embryogénie comparée sur les œufs de la poule mis en incubation (1), attribue les monstruosités « ou bien à quelque maladie que l'enfant a eue dans le sein de sa mère (2), ou bien parce que la mère a été froissée dans l'endroit qui porte l'embryon, ou de ce qu'elle sera tombée, ou enfin lorsque la matrice est beaucoup trop étroite » (3).

Jusqu'à Ambroise Paré cette question ne paraît pas être agitée. Weinrich, en 1595, fait intervenir d'autres facteurs dans son *Traité de la naissance des monstres*, tels que les lésions des membranes fœtales, l'ivrognerie, l'imagination de la mère, etc.

Dans le dix-septième siècle parut une nouvelle théorie, due au médecin philosophe Regis (1690). Cette théorie est celle de la *préexistence des germes*, d'après laquelle toutes les monstruosités sont préformées dans l'œuf. Elle régna longtemps dans la science, adoptée par les savants les plus éminents, jusqu'au commencement du dix-huitième siècle.

b) *Période des anatomistes.* — En effet, vers le commencement du dix-

(1) Œuvres d'Hippocrate, Traduction française par J.-B. Gardeuil de la traduction latine d'A. Foës, *De la nature de l'enfant*, t. I, p. 574, § 17, 1838.

(2) *Loc. cit.*, *De la génération*, t. I, p. 556, § 12.

(3) *Loc. cit.*, t. I, p. 556 et 557, § 13.

huitième siècle, un anatomiste français, L. Lemery (1724-1743), soutint que les monstruosités sont l'effet d'un trouble apporté dans le développement d'un animal, primitivement bien conformé. Mais avant lui, Morgagni (1) (1706), ayant constaté l'absence du cerveau chez un fœtus qu'il avait disséqué à Forli, émit l'opinion que « ce viscère ne manquait pas dès le principe, mais qu'il diminua par l'hydrocéphale qui le réduisit en eau et qu'il s'écoula par un trou qui se trouvait à l'extrémité supérieure de l'épine ». Dans son Traité : *De causis et sedibus morborum* (2), rassemblant tous les cas de cette monstruosité observés jusqu'alors, il établit que les monstruosités dans lesquelles il y a absence plus ou moins complète du cerveau et de la moelle épinière, ont pour cause initiale l'accumulation d'eau. A ce propos, voilà ce qu'il dit : « De quelque manière que l'eau s'accumule contre nature dans la cavité du cerveau, et quelle que soit sa source, elle pourra certainement, si ce viscère ne forme pas encore un corps concret, empêcher sa concrétion, par sa position intermédiaire. » Ailleurs, il dit : « Il restera encore un grand nombre d'objets que vous devrez attribuer à la force de compression exercée par l'eau, soit dans l'obstacle qui s'oppose à l'accroissement de certains os du crâne, soit dans la dépression de quelques-uns, soit dans la déjection de quelques autres sur un côté, soit enfin dans leur désunion. » Et, parlant des ventricules latéraux, il dit : « Il n'est pas douteux que sur le fœtus l'eau ne puisse distendre suffisamment ces parois qui sont beaucoup plus minces et plus molles, pour les détruire enfin entièrement ou presque entièrement. »

Mais ce n'est que vers le commencement du dix-neuvième siècle, par les travaux de Meckel et d'Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, que la tératogénie est entrée dans une voie véritablement scientifique. En effet, J.-F. Meckel (3), par l'étude comparative des phases successives du développement embryonnaire normal et pathologique, démontra l'analogie fréquente existant dans ces cas. C'est cependant à Ét. Geoffroy Saint-Hilaire (4) qu'est due la théorie de l'*arrêt du développement*, théorie qu'on peut entrevoir, déjà, dans les travaux de Harvey (5), qui expliqua ainsi le bec-de-lièvre.

(1) J.-B. Morgagni, *Epist. anat.*, t. XX, n° 5657.

(2) Idem, *De causis et sedibus morborum* : *Epist. anat. med.* XII, § V-VIII, 1760.

(3) J.-F. Meckel, *Manuel d'anat. pathol.*, Bd. I, 1812, et in *Abhandlungen*, etc., Halle, 1806, p. 286-301.

(4) E.-G. Saint-Hilaire, *Philosophie anat.*, t. II, p. 153, Paris, 1822, et *Revue médicale*, t. I, p 277, Paris, 1827.

(5) G. Harvey, *Exercit. anat. de motu cordis*, cap. XVII, in-18, p. 164, 1654.

Nous mentionnerons la théorie du *balancement des organes*, due également à Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, parce qu'elle a trouvé une application philosophique en zoologie, tandis qu'en tératologie elle a été stérile, malgré les exemples donnés par son auteur et par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (1), qui a voulu même au moyen de cette théorie expliquer l'embonpoint de certains individus ectromèles, par Numan et enfin par Andral (2), qui, pour venir à l'appui de cette théorie, donnèrent des exemples très contestables.

La théorie du *développement centripète*, émise par Serres (3), semblait rendre compte de la formation des monstres par excès, aussi bien que des monstres par défaut. Serres signale la concordance qui existe entre les anomalies du système vasculaire et celles des autres systèmes.

Cependant, malgré le très intéressant exemple d'Albert Puech (4) qui décrivit un monstre double, dont l'un des composants était anencéphale et ne possédait point d'aorte thoracique et abdominale, car elle parcourait le canal rachidien entre la pie-mère et l'arachnoïde, fournissant pendant son trajet intra-vertébral les diverses collatérales, il n'est pas moins vrai que, dans la pluralité des cas, les anomalies des vaisseaux ne sont pas concomitantes avec des anomalies des autres systèmes.

Enfin Étienne Geoffroy Saint-Hilaire (5), en 1822, émit la théorie des *adhérences* et des *compressions localisées*. D'après cette théorie, des impressions morales vives amènent des contractions spasmodiques de la musculature utérine, d'où compressions anormales et irrégulières de l'embryon, suivies d'arrêt du développement de certaines parties du fœtus, arrêts produits ou directement ou bien par des brides amniotiques résultant de la compression utérine qui provoque l'irritation de l'amnios. Ainsi la compression agit d'abord sur les enveloppes du fœtus, et ensuite, par l'intermédiaire de celles-ci, sur ce dernier. Comme preuve à l'appui, Étienne Geoffroy Saint-Hilaire cite plusieurs cas de femmes, qui frappées d'une frayeur intense, donnèrent consécutivement naissance à des anencéphales. D'après Davaine (6), aucun fait n'a été plus souvent signalé que l'abondance extraordinaire des eaux de l'amnios dans la grossesse qui produit un anencéphale.

---

(1) Isid. G. Saint-Hilaire, *Vie et travaux*, part. III, liv. I, chap. I.
(2) Andral, *Précis d'anat. pathol.*, p. 97.
(3) Serres, *Anatomie comparée du cerveau*, t. I, Paris, 1827.
(4) Albert Puech, *Étude sur un monstre double*, in-8, Montpellier, 1856.
(5) Étienne G. Saint-Hilaire, *Philosophie anat.*, 1822, t. II, p. 507.
(6) C. Davaine, *loc. cit.*, p. 254.

La disparition des brides ou des adhérences avant la naissance serait, suivant Étienne Geoffroy Saint-Hilaire (1), un fait très fréquent, et c'est ainsi qu'un grand nombre de monstruosités seraient produites par une cause dont on peut rarement constater l'existence. Les adhérences qui unissent le fœtus à ses enveloppes sont produites, d'après Simpson (2), par des exsudations plastiques ou des pseudo-membranes dues à une inflammation aiguë ou chronique. Cette théorie des compressions localisées, émise pour la première fois, comme nous l'avons vu, par Hippocrate, a été confirmée, il y a quelques années, par les belles expériences de H. Fol et S. Warynski (3). Ces auteurs sont arrivés à produire certaines monstruosités qu'ils pouvaient prédire d'avance, telles que l'anencéphalie et l'hétérotaxie, en ayant, pour ce faire, recours au thermocautère ou à la compression par la lame d'un bistouri. Ils ont finalement conclu « qu'il reste à chercher quels sont les phénomènes dont les effets sont identiques à ceux du thermocautère ou de la lame du scalpel, tels que l'inflammation, l'embolie des vaisseaux, l'arrêt de nutrition, la mort des tissus, etc. »

Il y a quelques années, Guéniot (4) démontra, par la publication d'observations nombreuses, qu'une des causes les plus fréquentes de la production de l'anencéphalie est les adhérences et les brides amniotiques, Également Dareste (5) nous apprend que, si pendant l'incubation les œufs de la poule ne sont pas retournés, il arrive que l'embryon se colle et se comprime contre la coquille, et cette compression détermine particulièrement les anomalies de la tête, telles que l'exencéphalie. Kundrat (6) a reconnu pour cause de l'anencéphalie le fait d'une compression, produite par le capuchon céphalique de l'amnios.

Enfin, il faut mentionner comme cause déterminante de l'anencéphalie certains états des générateurs, tels que l'alcoolisme, la syphilis, etc. C'est surtout à propos de ce dernier état pathologique, que nous constaterons, après Davaine, Lannelongue (7) et les autres, qu'il détermine cette

(1) Et. G. Saint-Hilaire, *loc. cit.*

(2) Simpson, *Edinburg Med. and Surg. Journal*, n° 127, April 1836, et *Gazette méd.*, Paris. 1836, p. 393.

(3) H. Fol et S. Warynski, Recherches expérimentales sur la cause de quelques monstruosités simples et de divers processus embryogéniques. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1883.

(4) Guéniot, Fœtus anencéphale, brides amniotiques multiples. Cf. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 19 novembre 1889, et 22 avril 1890, et 10 oct. 1893, p. 371.

(5) *Loc. cit.*

(6) Kundrat, *Arhinencephalie als typische Art von Missbild.* Gratz, 1882.

(7) Lannelongue, Quelques exemples d'anomalies congénitales au point de vue de leur pathogénie. *Archives génér. de méd.*, avril et mai 1893.

difformité, non par la production seule de l'hydramnios, qui parfois, comme dans notre cas, peut faire défaut, mais surtout par l'état maladif général de l'œuf, comme dans notre cas cela est évident par le poids et l'état du placenta.

L. Chabry (1) désigne, sous le nom de *parents monstripares*, la propriété inhérente à certains individus de produire des monstres sans pouvoir relever chez eux aucune tare attribuable à l'âge, la dégénérescence, l'alcoolisme, la syphilis. Cette propriété est périodique. Ainsi nous citons comme exemple bien frappant le cas, cité par M. Duval (2), d'une femme qui mit au monde quatorze enfants en seize ans, et dont le quatrième, le douzième et le quatorzième étaient des anencéphales.

Pendant cette période des anatomistes, la théorie pathologique de Morgagni sur l'anencéphalie fut reprise et soutenue par Meckel (3), Béclard (4) et Dugès, et enfin il y a encore quelques années par Jules Guérin et Delplanque (5). Mais elle a semblé avoir reçu le coup de grâce par la *théorie de l'évolution anormale de l'aire vasculaire*. Cette théorie, émise par Dareste, lui fournit, semble-t-il (6), « un argument important contre l'ancienne théorie de Morgagni, d'après laquelle on attribuait à l'hydropisie des centres nerveux un rôle capital dans la formation de l'anencéphalie ». Pour nous, c'est précisément dans le cas d'anencéphalie que cette théorie de Dareste est insoutenable, et cela pour des raisons que nous développerons dans nos considérations générales.

c) *Période des biologues.* — C'est depuis les beaux travaux de Fol et Warynski, et surtout ceux de Camille Dareste, de Ch. Feré, Chabry, etc., et les progrès accomplis dans les études embryologiques normales et pathologiques, que la pathogénie générale de l'embryon a été poussée bien avant, et une foule de travaux publiés depuis, tant en France qu'en Allemagne, basés sur l'étude histologique des lésions observées sur les vestiges des centres nerveux, tendent à éclaircir définitivement la question de l'anencéphalie. En effet, en France aussi bien qu'en Allemagne, les auteurs contemporains attribuent l'anencéphalie, les uns à un trouble

(1) L. Chabry, Embryologie normale et tératologique des Ascidies. *Journal de l'Anat. et de la Physiol.*, 1887.

(2) M. Duval, Cf. *Pathologie génér.* de Ch. Bouchard, p. 198, t. I, Paris, 1894.

(3) Meckel, *loc. cit.*

(4) Béclard, Mémoire sur les fœtus acéphales. Cf. *Bull. de la Fac. et de la Soc. de méd.*, t. IV, p. 447, 493, et t. V, p. 888, Paris, 1816-1818.

(5) P. Delplanque, Études tératologiques ; difformités congénit. produites sur le fœtus par la contraction musculaire ; les veaux niatas, Paris, 1885.

(6) M. Duval, *loc. cit.*, p. 246.

primitif des neurones, tandis que d'autres à une méningite intra-utérine Depuis une quinzaine d'années, il y a une foule de travaux publiés en Allemagne sur l'anencéphalie et nous citons tout particulièrement K. et G. Petren, Schürof, Leonowa, Arnold, Darvas, Veraguth, Zingerle, etc. (1). K. et G. Petren, se basant sur leurs propres constatations, concluent que l'existence des cordons postérieurs, de la substance grise et particulièrement des cornes antérieures, est une preuve que les neurones primitifs sont normalement constitués. Ceux du deuxième ordre, c'est-à-dire les antéro-latéraux et tout particulièrement les faisceaux pyramidaux qui forment les neurones moteurs, les cellules ganglionnaires des colonnes de Clarke et les faisceaux cérébelleux de Gowers et d'Edinger, qui sont les sensitifs, manquent complètement, tandis que les cellules ganglionnaires des faisceaux postérieurs ne sont pas du tout développées ou le sont en partie seulement. Ces auteurs en concluent que ces difformités du système nerveux, observées presque constamment, doivent être attribuées à un défaut primitif des neurones.

Cependant cette pathogénie de l'anencéphalie n'a pas été admise par d'autres auteurs et surtout par Veraguth et Zingerle. D'ailleurs, la présence des neuroblastes ou des noyaux trouvés par plusieurs auteurs et par nous-mêmes dans la couche ganglionnaire de la rétine est une preuve certaine que même une partie des troisièmes neurones s'est développée. Aujourd'hui, après des études microscopiques, la plupart des auteurs admettent que les parties extra-cérébrales et extra spinales du système nerveux se développent indépendamment de l'axe central cérébro-spinal troublé dans son développement, tandis que les neurones intra-cérébraux et intra-spinaux se développent en même temps, et le développement des premiers influence celui des neurones intra-spinaux, de sorte que, si une partie de l'encéphale ne se développe pas, la partie correspondante de la moelle qui en dépend ne se développe pas non plus, ou alors elle existe, mais dans un état rudimentaire.

D'autres auteurs, ayant constaté un développement excessif du système vasculaire de l'axe cérébro-spinal ainsi que des hémorragies, attribuèrent à ces dernières l'atrophie consécutive et la production de l'hydrencéphalie.

En France, à part les travaux déjà cités, Sabrazès et Urly (2) admettent qu'on ne doit pas considérer l'anencéphalie comme étant une hydropisie simple des centres nerveux, survenue à une époque où les vésicules

(1) *Loc. cit.*

(2) Sabrazès et Urly, Sur un chien anencéphale. *Journ. phys. et Path. génér.*

encéphaliques sont en voie de différenciation ; les faits tératologiques de cet ordre représentent en effet, pour ces auteurs, une modification évolutive et non pas un ensemble de lésions pathologiques d'organes déjà existants. En cela ces auteurs ne font qu'accepter l'opinion déjà émise par M. Duval, qui a soutenu que l'hydropisie existe à titre de complication de la monstruosité elle-même. Ils concluent donc à un arrêt de développement de la période embryonnaire dans les régions malformées, et quant à l'hydromyélie, c'est une complication secondaire aux vices de conformation de l'encéphale.

Barbieri (1), ayant constaté un développement considérable du système vasculaire, conclut que lorsque l'axe cérébro-spinal fait défaut, en totalité ou en partie, tous les autres tissus cherchent en quelque sorte à rétablir l'équilibre par une production exagérée de sang. En somme, Barbieri ne fait là que reprendre l'ancienne théorie du balancement des organes.

Gérard (2) a fait une étude d'interprétation des nombreuses malformations constatées sur un fœtus anencéphale, sans entrer dans la question tératogénique.

Enfin, dans une communication toute récente à la Société de biologie, Rabaud (3), d'après les lésions constatées sur une dizaine de fœtus anencéphales et pseudencéphales, conclut à une méningite cérébro-spinale.

Considérations générales. — Notre étude histologique de la moelle et des vestiges du cerveau est, croyons-nous, très intéressante, parce qu'elle nous ramène à la théorie pathologique de Morgagni (1711), qui considérait la production de l'anencéphalie et les divers modes de pseudencéphalie et d'exencéphalie comme étant dus à une hydrocéphalie. Ce n'est pas à dire que nous considérons l'hydrocéphalie être le fait primitif, mais la conséquence de la méningite ou épendymite, qui, à son tour, peut, elle, être attribuée à plusieurs facteurs.

Dareste semblait avoir résolu la pathogénie de l'anencéphalie d'une façon tout à fait contraire à l'opinion de Morgagni. En effet, il soutient qu'il a vu l'arrêt de développement être le fait primitif, et attribue cette difformité à l'évolution anormale de l'aire vasculaire. Mais alors, si dans ce cas il s'agit d'un arrêt de développement primitif, pourquoi cet arrêt

(1) Barbieri, Hétéroplastie, chimie de l'encéphale. *Comptes rendus du Congrès international de méd.* Paris, 1900. Sect. de Physiologie, p. 161.

(2) Gérard, Remarques critiques sur un monstre humain célosomien et anencéphale. *Comptes rendus Congrès internat. de méd.*, Paris, 1900. Section d'Hist. et d'Embryologie, p. 13.

(3) Ét. Rabaud, *loc. cit.*, p. 516.

n'est-il pas uniforme sur toute la hauteur des mêmes cordons altérés et est-il seulement plus accentué sur les parties de la moelle correspondant à l'endroit où la lumière du canal épendymaire est plus large, et par conséquent là où la compression intrinsèque exercée était plus forte ?

D'un autre côté, nous croyons qu'à tort Dareste invoque la théorie de l'évolution anormale de l'aire vasculaire pour combattre la théorie de l'hydrencéphalie, car nous avons dûment constaté, sur divers points des vestiges de l'encéphale et sur toute la hauteur de la moelle, une quantité considérable de globules rouges, ce qui prouve d'une manière irréfutable que les îlots de Wolff recevaient l'impulsion cardiaque.

En considération des lésions constatées sur les vestiges de l'encéphale et dans la plus grande partie de l'étendue de la moelle, lésions causées par la compression intrinsèque que ces parties subirent par l'accumulation d'une quantité plus ou moins grande de liquide dans les ventricules et le canal épendymaire, nous croyons pouvoir conclure que ce liquide est la résultante d'une inflammation des méninges et de l'épendyme. Cette manière de voir nous est imposée par l'examen microscopique, qui nous permit de reconnaître positivement l'épaississement des méninges et l'existence de tissu inflammatoire sur toute la hauteur du pourtour du canal épendymaire. Donc, tout au moins dans notre cas, il s'agit d'une méningite fœtale due à des causes physico-chimiques ou biologiques. Néanmoins, vu les gros foyers hémorragiques constatés dans le reliquat de substance cérébrale ainsi que sur plusieurs points des méninges rachidiennes, on pourrait admettre qu'une certaine partie du liquide épanché provient de la dissociation de ces hématomes, qui, loin d'être la cause de l'hydrencéphalie, sont plutôt le résultat de l'inflammation.

Une autre constatation qui vient à l'appui de la nature pathologique de ces lésions, et non pas de l'idée qu'elles sont dues à un trouble du développement, c'est l'asymétrie, l'irrégularité et le plus ou moins d'étendue des lésions, ou, en d'autres termes, le désordre constant des lésions observées.

Également, nous croyons pouvoir soutenir, d'après nos constatations anatomiques et histologiques sur le fœtus anencéphale en question, que l'anencéphalie n'est pas une *monstruosité* (Ét. G. Saint-Hilaire) mais une *abnormité* (Davaine), survenant ordinairement vers l'époque du passage de la vie embryonnaire à la vie fœtale ou vers le milieu de la vie intra-utérine. Ainsi, étant donné, d'une part, que le passage de l'état embryonnaire à l'état fœtal ait lieu chez l'homme vers la fin du 3e mois de la vie

intra-utérine, que le développement de trois vésicules cérébrales, dont l'antérieure a des rapports avec la formation normale des yeux ou anormale comme la cyclopie, et la postérieure avec la formation de la partie interne de l'organe de l'ouïe, et d'autre part que le développement normal de ces organes est accompli vers le 4e ou 5e mois de la vie intra-utérine, il est certain que dans le cas d'anencéphalie, pour les raisons embryogéniques que nous venons d'invoquer, on devait rencontrer concurremment la cyclopie ou le non-développement de l'organe de l'ouïe dans sa partie interne, ce qui n'existait pas dans notre cas, comme aussi dans ceux cités par d'autres auteurs.

Chez l'homme et les mammifères, pendant la période fœtale, les appareils organiques les plus essentiels demeurent provisoirement sans fonctions, si bien que le fœtus peut vivre, se développer et s'accroître même en l'absence d'un ou plusieurs de ses principaux organes, menant en quelque sorte une existence parasitaire qui lui assure une résistance à la mort tout à fait remarquable. D'un autre côté, le plus ou moins de résistance de la vie extra-utérine chez les anencéphales étant depuis longtemps constatée par Fauvel (1), Sue (2), Malacarne (3), Méry (4), Lallemand (5), Barbieri (6), pour ce qui concerne notre cas, nous croyons qu'elle doit être attribuée à l'existence de la moelle et de la moitié droite du bulbe, mais et surtout à l'existence du système ganglionnaire spinal.

La coïncidence de l'embonpoint, constatée par tous les auteurs sur les monstres anencéphales, a été également constatée dans l'hydrocéphalie par A. Sanné (7) et dans l'ectromélie par Isid. Geoffroy Saint-Hilaire (8). Quant à cette prédominance du tissu adipeux comparativement à la nutrition des autres tissus qui semble se faire régulièrement, nous croyons qu'elle ne doit pas être attribuée à la loi du balancement des organes, comme l'avait soutenu Isid. Geoffroy Saint-Hilaire (*loc. cit.*), non plus qu'à la parfaite santé dont les fœtus ont joui jusqu'au moment de leur sortie de l'utérus, explication donnée par Simon Duplay (9). Pour

(1) FAUVEL, *Hist. de l'Acad. des sciences*, 1711, p. 26.

(2) SUE, *Magaz. encyclop.*, t. XVI.

(3) MALACARNE, Osservaz. anat. in *Mem. della societa ital.*, t. XII, 1805.

(4) MÉRY, *Hist. de l'Acad. des sciences*, 1712.

(5) LALLEMAND, Observ. path., in Thèse de Paris, 1818.

(6) BARBIERI, *Congrès internat. de méd.* Comptes rendus. Section Physiol. Paris, 1900, p. 161.

(7) A. SANNÉ, Cf. *Dict. encycl. Sciences méd.*, 4e série, t. XIV, p. 608, art. Hydrocéphalie.

(8) ISIDORE GEOFFROY SAINT-HILAIRE, *Vie et Travaux*, part. III, livre I, chap. I.

(9) SIMON DUPLAY, Art. Anencéph., *Dict. encycl. Sciences méd.*, 1re série, t. IV, p. 423.

nous, il s'agit là plutôt d'un épiphénomène, lié à un trouble de la nutrition ou au défaut d'une sécrétion interne.

Enfin, pour ce qui concerne la pathogénie de l'anencéphalie, nous croyons pouvoir soutenir, malgré Dareste disant: « Je suis sûr en agissant d'une certaine façon de produire une monstruosité quelconque ; mais je ne puis pas produire une monstruosité déterminée » et après les démonstratives expériences de H. Fol et S. Warynski, qui sont parvenus, en agissant d'une certaine façon sur les œufs de la poule, à prédire la production de l'anencéphalie, *que le même trouble du développement peut résulter des conditions les plus différentes, des facteurs les plus variés pourvu qu'ils procédassent de la même façon*. Ainsi, dans le cas d'anencéphalie, nous croyons qu'indépendamment des agents provocateurs, physico-chimiques ou biologiques, le procédé de sa production est toujours le même: elle est consécutive toujours à la méningite, d'une manière absolument identique, pour emprunter un exemple à la chimie, que la transformation de l'amidon en glycose peut se faire par bien des agents, mais le procédé mis en œuvre est toujours le même, c'est-à-dire l'hydratation.

Vu le poids excessif du placenta (735 grammes) par rapport au poids du fœtus, et n'ayant trouvé dans l'historique de la mère rien qui puisse éclairer la pathogénie de notre cas, nous pouvons invoquer la syphilis, cause habituelle de l'hypertrophie placentaire, d'après l'opinion de notre éminent maître A. Pinard.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 9 janvier 1905.

Allocution de M. J. Lucas-Championnière, élu président.

MM. Grosse et Le Lorier. — **Péritonite datant de la vie intra-utérine chez un nouveau-né. Oblitération consécutive de l'intestin grêle avec séparation complète des deux bouts fermés en cul-de-sac. Hydramnios chez la mère.** — L'existence d'une péritonite congénitale à évolution chronique ou subaiguë se manifestait par une grande quantité de brides allant des viscères abdominaux à d'autres viscères ou à la paroi, par des ganglions mésentériques nombreux, dont le volume variait de celui d'un grain de mil à celui d'un petit pois. Certaines de ces brides étaient résistantes et fortement vasculaires, ce qui permet de faire remonter leur formation à quelques semaines environ avant la naissance; d'autres, au contraire, étaient de consistance molle, glutineuse, de formation manifestement plus récente. Le point le plus intéressant est l'oblitération de l'intestin grêle. Il ne s'agissait pas d'un rétrécissement de l'intestin par torsion ou coudure, mais d'une section *complète* de l'organe, dont les deux extrémités, séparées l'une de l'autre, sont fermées en cul-de-sac. Il semble que cette section de l'intestin par bride péritonéale soit tout à fait comparable à l'amputation congénitale des doigts par brides amniotiques. L'existence de brides péritonéales, d'adhérences anciennes autour des deux ampoules, réunies en outre par des tractus fibro-celluleux, vient donner à cette idée une base solide. Relativement au traitement, il semble que l'entéro-anastomose était la seule opération rationnelle à tenter. Opéré le cinquième jour, l'enfant prématuré et débile succomba deux heures après l'intervention.

M. G. Richelot. — **Sur le traitement de la métrite cervicale. La question de l'atrésie. Guérison des atrésies cervicales par le filhos.** — A la séance du 9 février, Siredey avait signalé un cas d'atrésie, faisant tache sur une longue série de malades heureusement traitées. J'engageai notre collègue à essayer, comme je l'avais fait une fois, de détruire la cicatrice avec le filhos lui-même. Siredey m'adressa la malade, qui entra dans mon service et y resta trois semaines.

L'orifice du col est petit, arrondi, ses bords sont légèrement scléreux, la surface externe du museau de tanche est rose pâle et d'aspect normal. Je m'assure de la perméabilité du col ; quand je retire l'hystéromètre, il se fait une décharge abondante de muco-pus par l'orifice que le passage du cathéter a légèrement dilaté. Dès lors, tout s'éclaire : par trois cautérisations timides et espacées, Siredey a produit un peu de sclérose à l'orifice, et d'autre part il n'a pas supprimé les altérations glandulaires et la sécrétion muco-purulente. Il y a rétention du pus, infection persistante de la cavité cervicale ; il n'en faut pas plus pour nous expliquer les douleurs habituelles et les recrudescences, les congestions violentes au moment des règles. Ma conduite est toute tracée : ouvrir le col en détruisant le tissu de cicatrice, et pénétrer hardiment dans la cavité cervicale pour y détruire les lésions glandulaires ; en d'autres termes et plus simplement, continuer, selon la méthode ordinaire, un traitement que Siredey a laissé à moitié chemin.

La malade a subi trois nouvelles cautérisations. Lorsqu'elle est sortie de l'hôpital, le col était largement ouvert, ses deux lèvres amincies tendaient à se rapprocher pour constituer un orifice nouveau, et laissaient voir à leur face interne une plaie rose et de bon aspect ; toute sécrétion purulente avait cessé ; les règles étaient venues quelques jours auparavant, tout à fait normales, et la femme n'avait pas souffert, « pas plus qu'avant d'être malade ». Les douleurs intermenstruelles avaient également disparu. Je la revis un mois après ; elle était de bonne humeur et se sentait guérie ; la semaine précédente, règles normales et sans douleurs ; le col était bien cicatrisé, remis à neuf ; l'orifice, facilement perméable, donnait un peu de mucus clair. Je la revis en octobre 1904.

Parmi les documents que j'ai recueillis depuis quelques mois, j'attire votre attention sur trois nouvelles grossesses après filhos. Une est mentionnée dans la thèse de Sophia Chopora (6 mars 1904) ; une autre m'est communiquée par le docteur Ducor. Lepage, en novembre 1903, connaissait une grossesse après filhos en voie d'évolution ; elle s'est terminée par un accouchement à terme et sans accidents. C'est la huitième que je vous signale.

Discussion sur l'ovariotomie pendant la grossesse (*suite*). — M. Lepage. — La communication de notre collègue Audebert (1) sur l'ovariotomie pendant la grossesse m'engage à vous faire connaître la suite de deux observations qui vous ont été communiquées antérieurement.

La première en date est celle qui a été rapportée par notre collègue H. Hartmann dans la séance du 10 novembre 1902 : il s'agissait d'une jeune primipare qui, dans le cours du deuxième mois de sa grossesse, fut prise de douleurs abdominales très vives qui firent penser à la rupture d'un kyste fœtal et conduisirent Hartmann à pratiquer une laparotomie le 21 août. Les dernières règles avaient eu lieu du 1er au 5 juillet. Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire droit avec torsion. La grossesse continua sans incident. L'accouchement eut lieu le 8 avril : à la dilatation complète je pus extraire par le siège une fille vivante du poids de 3.100 grammes, qui fut élevée au sein par la mère. Les suites de couches furent à peu près physiologiques.

Plus récemment je vous ai communiqué (séance du 13 juin 1904) l'observation d'une primipare chez laquelle j'ai pratiqué, dans le courant du 4e mois de la grossesse, l'ablation d'un kyste dermoïde tordu de l'ovaire gauche. Malgré l'état grave dans lequel se trouvait la femme au moment de l'intervention,

(1) Voir *Annales de gyn.*, novembre 1904, p. 686.

la grossesse continua sans incident. Accouchement spontané par le sommet d'un enfant de 2.930 grammes.

Ces deux observations viennent s'ajouter à celles, déjà nombreuses, de femmes enceintes opérées pour des accidents sérieux dus à la présence d'un kyste ovarique, et chez lesquelles l'accouchement a eu lieu sans incident à terme ou près du terme. Une observation rapportée par M. Quénu (séance du 4 mai 1900) montre que, dans les conditions en apparence les plus favorables, l'expulsion prématurée peut toujours avoir lieu à la suite d'une ovariotomie. Dans cette observation il s'agit d'une jeune femme chez laquelle M. Quénu intervint vers « cinq mois et demi de grossesse » pour un kyste formant tumeur pelvienne, par « crainte d'une torsion du pédicule » et considérant en outre comme probable « un enclavement définitif du kyste ». Malgré la facilité extrême de l'opération, qui ne dura *en tout* « qu'une vingtaine de minutes », l'avortement eut lieu 32 heures après l'ovariotomie. L'enfant « vécut dix ou onze heures ». Chez cette femme, l'opération avait été conseillée deux mois plus tôt par M. Quénu et par M. Pinard; mais la malade avait refusé. On peut se demander s'il n'eût pas mieux valu, étant donné l'âge de la grossesse au moment où la femme changea d'avis, attendre que la femme fut enceinte de 8 mois et demi pour intervenir, à la condition qu'elle fût surveillée et qu'on se tînt prêt à intervenir en cas d'alerte.

Il me semble qu'il y a quelque exagération dans les craintes formulées par MM. Pozzi, Schwartz et Pierre Delbet sur les dangers que fait courir l'expectation dans un cas semblable à celui de M. Audebert, c'est-à-dire chez une femme hospitalisée, pour laquelle on est prêt à intervenir d'urgence. D'ailleurs, les chirurgiens qui ont reproché à MM. Audebert et Cestan le retard apporté à l'opération ont eu surtout en vue la torsion du kyste. Sans doute, c'est un accident redoutable, mais qui se produit moins souvent à la fin que dans les premiers mois de la grossesse; mais, même lorsque la torsion se produit brusquement, comme dans nos deux observations, ce n'est pas en quelques heures que la vie de la femme est menacée. Hartmann n'a opéré notre cliente commune que plus de quarante-huit heures après le début des accidents; pour les raisons que j'ai dites dans ma communication de novembre, je n'ai opéré ma malade qu'à la fin du 3e jour qui suivit le début des accidents de torsion. Sans aucun doute il eût mieux valu l'opérer 36 ou 48 heures plus tôt; mais, malgré cette intervention tardive, la guérison a eu néanmoins lieu. Vous avez sans doute présentes à l'esprit les observations publiées récemment par Lapeyre (*Gaz. méd. du Centre*, 15 octobre 1904), et sur lesquelles J.-L. Faure a fait un rapport à la Société de chirurgie. Chez trois femmes enceintes, le docteur Lapeyre a enlevé des kystes de l'ovaire avec torsion du pédicule : dans le premier cas, la femme était enceinte de quatre mois et les accidents aigus de torsion avaient débuté neuf jours auparavant, la femme fit une fausse couche le soir de l'opération; dans le second cas, la femme était enceinte de deux mois, la torsion s'était faite lentement depuis huit jours lorsque le chirurgien intervint, la grossesse évolua jusqu'à terme.

Dans le troisième cas, le plus grave, les accidents de torsion brusque survenus depuis *dix* jours amenèrent l'expulsion de l'œuf : la malade ne fut opérée que douze jours après le début des accidents et faillit succomber, par suite du retard apporté à l'opération. Ainsi, bien que l'on ne soit intervenu que tardivement dans ces observations — le chirurgien n'est d'ailleurs nullement responsable de ce retard — ces trois femmes ont guéri; ce qui montre bien que, si la torsion du kyste de l'ovaire est un accident menaçant pendant la grossesse, il n'est pas brusquement — en quelques heures — redoutable.

En résumé, je ne crois pas qu'il faille considérer comme intangible la formule de l'intervention *immédiate* dans le cas de kyste de l'ovaire diagnostiqué sur une femme enceinte de plus de six mois; on peut ici accepter la même restriction qu'a faite M. Pinard pour la grossesse extra-utérine, qui est cependant aussi dangereuse qu'un kyste de l'ovaire. Il faut opérer, mais quant à l'urgence plus ou moins grande de l'intervention, il faut tenir compte de la vie du fœtus, tout en étant prêt à opérer si la mère court un réel danger.

M. Pinard. — Bien que je ne veuille en aucune façon incriminer la conduite tenue par Audebert, et que je reconnaisse qu'il est à toute règle des exceptions, je déclare que je ne puis partager l'opinion qui vient d'être émise par Lepage. Je persiste à croire que « tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la grossesse doit être opéré ».

Seuls, peuvent faire exception à la règle les kystes diagnostiqués pendant les trois derniers mois et dont le volume reste stationnaire pendant l'évolution de la grossesse.

Quand, au contraire, l'on constate que le kyste a augmenté, ou augmente rapidement de volume, il faut intervenir sans retard.

Attendre l'apparition des phénomènes de compression pour opérer me paraît être une conduite fâcheuse; l'ablation du kyste dans ces conditions est le plus souvent suivie de l'expulsion prématurée du fœtus.

Je me résume en disant : *Quel que soit le moment où l'on diagnostique la présence d'un kyste de l'ovaire chez une femme enceinte, on doit en faire l'ablation, à moins que, la grossesse ayant dépassé six mois, le kyste soit peu volumineux ou stationnaire dans son évolution ; dans ce cas, on doit opérer à terme, c'est-à-dire au début du travail, et non à l'époque de la soi-disant viabilité, qui n'est qu'un leurre.*

M. Champetier de Ribes. — Il y a des kystes peu volumineux qui n'agissent pas sur l'évolution de la grossesse et qui cependant peuvent gêner le travail. Ces kystes peuvent n'être opérés qu'à une époque rapprochée du terme.

M. Routier. — Les kystes de petit volume sont souvent d'un diagnostic difficile. Chez une femme qui me fut amenée pour un fibrome, je fis le diagnostic de grossesse au début avec rétroversion de l'utérus; celle-ci évolua jusqu'à terme sans incidents. Le lendemain de l'accouchement, je fus appelé pour des accidents de péritonite, je ne constatai que du péritonisme qui disparut par un simple traitement médical. Il y a un an, je suis rappelé à nouveau pour cette femme, qui, au moment où elle sevra son enfant,

présenta des phénomènes ressemblant à de l'hématocèle, car je trouvai à l'examen une grosse tumeur fluctuante dans le petit bassin. Cette tumeur ayant augmenté subitement d'une façon considérable, je l'opérai par la voie abdominale. Je trouvai un kyste dermoïde de l'ovaire gauche avec suppuration de la trompe droite, cette malade mit six mois à guérir. Il est probable que la première fois où je l'ai vue, j'ai pris pour l'utérus rétroversé le kyste de petite dimension situé dans le petit bassin. Pour faire le diagnostic de kyste, il faut que celui-ci ait déjà acquis un certain volume.

M. Lucas-Championnière. — Je suis encore plus radical que M. Pinard, je suis d'avis qu'il faut toujours opérer les kystes de l'ovaire pendant la grossesse alors même que le kyste est de volume moyen, qu'il s'élève dans la cavité abdominale à côté de l'utérus. On ne sait jamais en effet si ce kyste ne prendra pas rapidement un développement anormal produisant des phénomènes de compression.

En 1880, M. Siredey me fit voir une femme enceinte de 4 à 5 mois ayant un kyste gros comme le poing environ, et je conclus à l'intervention. La malade fut envoyée à Duplay, qui conseilla d'attendre. Mais un jour des phénomènes d'asphyxie apparurent et nécessitèrent la ponction, qui dut être faite à deux reprises différentes. La femme accoucha à terme, mais elle mit au monde un enfant qui présenta une double luxation congénitale de la hanche. J'opérai plus tard cette femme; elle eut ensuite une autre grossesse qui se termina par la naissance d'un enfant bien constitué. J'ai eu l'occasion d'enlever plusieurs kystes au cours de la grossesse et je n'ai jamais eu d'accident.

Si on laisse le kyste, il n'y a pas seulement à redouter la torsion, il faut aussi songer à l'augmentation brusque du liquide, ce qui expose à la fois la mère et l'enfant. En présence de la bénignité de l'opération à l'heure actuelle, ma conviction est nette : un kyste liquide diagnostiqué au cours de la grossesse doit être opéré.

M. Lepage. — Dans l'argumentation qui a été faite ici, en octobre 1904, de l'observation de M. Audebert, on lui a surtout reproché d'avoir, par son expectative, fait courir à la femme les risques résultant d'une torsion possible du kyste. J'ai essayé de montrer que les accidents de torsion du kyste ne menaçaient pas en quelques heures les jours de la femme et qu'il était possible d'intervenir en temps utile chez une femme surveillée.

Je suis un peu surpris que M. Pinard reproche à M. Audebert d'être intervenu trop tard et d'avoir ainsi amené l'expulsion d'un enfant né avant terme. Dans quel but M. Audebert a-t-il temporisé? Uniquement dans l'intérêt de l'enfant, pour qu'il naisse à une époque aussi rapprochée que possible du terme. M. Pinard dit qu'en intervenant plus tôt, avant que se soient montrés les phénomènes de compression, il y aurait eu plus de chances pour que la grossesse allât jusqu'à terme. Les statistiques ne sont-elles pas là pour montrer que, même chez les femmes qui n'ont pas d'accidents de torsion, de compression ou autre, l'expulsion prématurée suit souvent l'ovariotomie lorsqu'elle est faite dans les trois derniers mois de la grossesse ? Cet accident

peut même se montrer plus tôt en dehors de tout phénomène de compression, comme le prouve l'observation de M. Quénu.

Séance du 13 février 1905.

M. F. Lejars. — **Note sur les salpingites perforantes.** — Qu'une grosse poche pyo-salpingienne finisse par se rompre et verse son contenu dans le ventre, l'événement est attendu, et ce qui étonne un peu, c'est qu'il n'ait pas lieu plus souvent. Pour le comprendre, il faut savoir que les influences purement physiques sont, en pareil cas, de médiocre efficacité; la théorie de l'éclatement, instinctive, pour ainsi dire, a perdu depuis longtemps tout crédit. Sans doute, il y a des ruptures traumatiques, à proprement parler, de volumineux pyo-salpinx, et l'on en a vu éclater (le mot, ici, reprend sa justesse) sous un choc abdominal, sous un palper trop rude; mais, hors de ces conditions spéciales, pour que l'abcès intra-tubaire se perfore, la susdistension du contenu ne suffit pas, une altération spéciale de la paroi est nécessaire : je dirais volontiers que la perforation est presque toujours fonction d'une septicité particulière ou d'une recrudescence de septicité. Un départ est à faire entre les ruptures tardives d'une ancienne poche pyo-salpingienne et certaines *perforations hâtives*, qui se produisent *d'emblée*, pour ainsi dire, au cours de la première poussée d'infection tubaire, et qui témoignent d'un processus spécial d'inflammation gangreneuse.

A la première classe de faits se rapportent les trois premières observations que voici. Deux d'entre elles sont des exemples de péritonites généralisées, consécutives à la rupture d'un énorme abcès tubaire ; dans le troisième cas, la défense péritonéale a pu limiter à temps la diffusion infectieuse, qui, sans se généraliser, s'est traduite toutefois par une suppuration considérable et envahissante du petit bassin et de la fosse iliaque.

Le 13 décembre dernier, je trouvais dans mon service une jeune femme de 22 ans, apportée dans la nuit, et sur laquelle nous n'avions aucun renseignement précis. Très affaissée, elle ne répondait, en effet, que par des monosyllabes et ne se prêtait pas au moindre interrogatoire; elle était malade depuis cinq ou six jours, elle avait été prise brusquement, elle vomissait et souffrait du ventre depuis lors : voilà tout ce qu'il fut possible d'apprendre. Le facies était pâle, grippé; la langue sèche; le pouls à 130, très petit, la respiration fréquente; le ventre était très volumineux, distendu également sur toute sa surface, dur et résistant ; le palper y réveillait partout, et spécialement dans les zones déclives, hypogastre et fosses iliaques, une vive sensibilité, qui, toutefois, semblait plus accusée à droite, dans la zone appendiculaire ; il n'y avait nulle part de matité appréciable. L'utérus n'était pas gros, le col n'était ni mou ni dilaté; dans les culs-de-sac latéraux et les viscères, on trouvait un empâtement diffus, molasse, sans limites nettes. Péritonite généralisée, peut-être d'origine appendiculaire : tel fut le diagnostic. L'intervention eut lieu immédiatement. Dès que le ventre fut ouvert sur la ligne médiane, il s'écoula une abondante quantité de pus clair, fétide, épars dans le petit bassin et la région sous-ombilicale et remontant dans les flancs, surtout à droite. Les intestins, rouges, étaient énormément distendus ; le cæcum était libre ; aucun foyer récent ou ancien n'existait autour de lui. Le côté gauche du bassin était rempli par une volumineuse masse annexielle, composée d'un pyo-salpinx perforé et d'un gros ovaire suppuré : le tout fut rapidement libéré des fausses membranes fibrineuses et enlevé, après ligature d'un pédicule unique.

Il n'y avait rien de notable du côté des annexes droites. On fit, à la hâte, la toilette du ventre avec des compresses stérilisées, et quatre gros drains furent installés dans le bassin et les fosses iliaques, la paroi n'étant réunie que très partiellement en haut. Le lendemain, le météorisme était devenu encore plus considérable ; ni selles, ni gaz ; pouls très misérable ; pas de vomissements; les accidents étaient ceux d'une intoxication stercorémique avancée. Je pratiquai, à la cocaïne, une entérostomie dans la fosse iliaque droite, sur la première anse grêle qui se présenta ; mais il sortit à peine quelques gaz et une cuillerée de liquide noirâtre ; la paralysie intestinale était généralisée et irrémédiable, et la malade succomba dans la nuit suivante. J'ajoute que l'examen du pus, prélevé au moment de la laparotomie, montra qu'il contenait exclusivement des streptocoques.

Le résultat a été plus heureux chez la seconde malade, opérée d'urgence par mon interne, M. Guénot.

Il s'agissait d'une femme de 48 ans, chez laquelle les accidents remontaient à huit jours Le ventre était ballonné, surtout dans la zone sous-ombilicale; toute la paroi était « en défense » ; la face était grippée, le pouls à 130, petit, et contrastant avec la température qui était de 37°; au toucher, on sentait l'utérus rétrofléchi et entouré d'une masse molle, demi-fluctuante, remplissant le cul-de-sac de Douglas. La péritonite était-elle d'origine pyo-salpingienne, ou procédait-elle d'une hématocèle suppurée ? Cette dernière hypothèse était d'autant moins à rejeter que la malade avait perdu pendant huit jours, au début de la crise, après un retard d'un mois.

La laparotomie fut pratiquée séance tenante : une fois l'épiploon relevé, on tomba sur une vaste nappe purulente, sans limites précises, qui remplissait le petit bassin et remontait jusqu'à l'ombilic : le pus était épais, assez bien lié, non fétide. Les anses intestinales, météorisées, congestionnées, baignaient dans ce pus et n'étaient reliées que par de rares et minces fausses membranes. A droite, on trouva un volumineux pyo-salpinx, ayant les dimensions du gros intestin distendu, et d'ailleurs intact. A gauche, il existait un autre pyo-salpinx, qui avait dû être de pareille grosseur, mais qui était présentement affaissé: une large perforation, par laquelle pénétrait aisément le pouce, occupait la partie postéro-supérieure de la poche. On enleva les deux tumeurs annexielles; le bassin et les anses intestinales furent détergés au sérum chaud, deux drains laissés, avec une mèche de gaze, dans le cul-de-sac postérieur, et deux autres dans les fosses iliaques; puis la paroi fut partiellement réunie.

Cette malade a guéri très simplement. L'examen du pus a montré la présence d'un bacille ayant les caractères du coli-bacille, et j'insiste, en passant, sur ces différences bactériologiques des péritonites, qui, malheureusement, ne se révèlent que de seconde main, mais qui n'en expliquent pas moins, en grande partie, la diversité du processus et de l'évolution.

J'ai dit que, dans le troisième cas, la perforation tubaire avait donné naissance, non point à une péritonite généralisée, mais à une suppuration diffuse intra-abdominale, d'extension considérable.

Les premiers accidents avaient débuté après un accouchement. La malade, une femme de 22 ans, déjà mère de deux enfants, était accouchée à terme, le 29 février 1901; les suites avaient été fébriles, et, depuis lors, les douleurs, s'étant cantonnées au côté du ventre, n'avaient pas cessé. En décembre, elles étaient devenues plus aiguës; elles s'accompagnaient de fièvre à grandes oscillations, de vomissements et d'un état d'infection générale de plus en plus inquiétant. La malade était entrée dans le service de notre collègue le docteur Bourcy, qui nous l'adressa. Toute la moitié gauche du ventre était alors occupée, jusqu'à la hauteur de l'ombilic et jusqu'à la ligne médiane, par une énorme tuméfaction, une sorte de bloc épais, fixe, sans relief localisé, donnant une sensation vague de fluctuation profonde et très douloureux au palper. Le col était très haut; à gauche et en arrière, on retrouvait un empâtement diffus qui paraissait se continuer avec la masse ilio-abdominale. J'opérai cette malade le 18 février 1902; je décortiquai

d'abord les annexes gauches, encapuchonnées d'épiploon adhérent; en haut et en arrière, la trompe, transformée en un volumineux pyo-salpinx, communiquait, par un assez large orifice, avec une vaste collection purulente qui remplissait toute la fosse iliaque gauche et remontait jusqu'à l'ombilic; j'enlevai les annexes; je fis une contre-ouverture au-dessus de l'arcade crurale gauche et introduisis un gros drain dans la fosse iliaque; deux autres drains passaient par la plaie médiane; un quatrième drain fut placé dans le vagin, par le cul-de-sac postérieur. Après une assez longue période de suppuration, la malade guérit complètement.

Nous avions donc affaire, dans les observations que je viens de relater, à des suppurations tubaires anciennes, ayant acquis un grand volume et constitué des poches pyo-salpingiennes qui, finalement, sous l'action d'une nouvelle poussée infectieuse, avaient rompu en quelque point leur paroi et s'étaient perforées. Je voudrais maintenant citer quelques faits où ce processus de rupture et de perforation s'est manifesté, pour ainsi dire, d'emblée.

Une femme de 30 ans entre dans mon service le 15 juin 1903, avec des accidents d'infection pelvi-abdominale grave : fièvre à 39°, pouls fréquent, vomissements, ballonnement du ventre, douleurs très vives au palper sous-ombilical. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tuméfaction empâtée, mollasse, douloureuse, qui se prolonge des deux côtés, surtout à droite; la défense de la paroi abdominale ne permet aucune constatation plus précise. La situation ne s'amendant pas, je pratique la laparotomie le 17 juin : l'utérus est refoulé en avant et en haut et se présente immédiatement sous la paroi; derrière lui, je décolle de l'épiploon adhérent, et je pénètre dans une cavité rétro-utérine contenant un tiers de litre environ de pus clair, très fétide, d'odeur intestinale. Au fond de cette cavité, et à droite, on trouve une tumeur annexielle enveloppée de fausses membranes d'un jaune verdâtre et d'aspect sphacélique; on la décortique, elle se compose d'un gros ovaire kystique et d'une trompe épaissie, rougeâtre, du volume du petit doigt, présentant au niveau de son tiers externe une perforation arrondie, à bords frangés et noirâtres, par où sort du liquide purulent et sanieux : l'apparence est tout à fait celle d'un appendice perforé. Les annexes droites sont enlevées; à gauche, on ne constate rien d'anormal; on ne voit pas l'appendice. On déterge le foyer, qui se prolonge derrière le tiers supérieur du vagin, tapissé de la même membrane jaune verdâtre que nous signalions plus haut; on passe un drain dans le vagin par le cul-de-sac postérieur; deux autres drains sont laissés par la plaie abdominale, réunie sur le reste de sa longueur.

Une autre malade, une femme de 28 ans qui, suivant son dire, n'avait pas jusqu'alors souffert du ventre, s'était présentée avec des accidents qui nous avaient fait croire tout d'abord à une hématocèle rétro-utérine en voie de suppuration. Les accidents dataient de trois à quatre semaines; leur début avait été assez brusque, ils se caractérisaient par des douleurs dont l'acuité était croissante, un peu de ballonnement du ventre, de la constipation, quelques vomissements, de la fièvre; au toucher, on constatait derrière l'utérus, refoulé en avant et malaisément délimitable, une très grosse masse en relief dans le cul-de-sac postérieur. Je pris le parti de faire la colpotomie, le 28 avril 1903 : je traversai une paroi vaginale très épaissie, et je pénétrai dans une cavité rétro-utérine, qui ne contenait ni pus, ni liquide quelconque; en haut de cette cavité, je sentais une masse vaguement arrondie, molle, non mobilisable, qui se prolongeait vers l'abdomen. Ne pouvant me guider à la vue et ne pouvant apprécier suffisamment la nature et les connexions de cette tumeur, je n'essayai ni de l'enlever, ni de l'ouvrir, et je me bornai à laisser un drain dans le cul-de-sac de Douglas, en tamponnant le vagin.

Les douleurs furent un peu amendées par cette intervention bâtarde, mais la fièvre continua, et je vis se développer dans la fosse iliaque droite une sorte de plastron induré et douloureux qui s'étendait peu à peu. J'intervins de nouveau le 19 mai, par le ventre cette fois ; une incision pratiquée sur le bord externe du droit me conduisit d'abord sur le cæcum et sur l'épiploon adhérents; après les avoir décollés et refoulés, je parvins jusqu'à la corne utérine et à la trompe droite, qui, là, tout près de son attache, était large-

ment rompue et presque sectionnée; cette trompe était d'ailleurs épaisse, friable, contenait du pus dans sa cavité, mais ne formait pas de pyo-salpinx proprement dit, ni de poche volumineuse. Je décortiquai et j'enlevai trompe et ovaire, et je laissai un drainage.

La malade sortait guérie le 8 juin.

J'insiste sur ce fait qu'il ne s'agissait, dans l'un et l'autre cas, ni d'un processus salpingien ancien, ni d'une tumeur pyo-salpingienne volumineuse; en outre, la perforation n'occupait pas le segment le plus épais, ni le plus dilaté de la trompe.

Les exemples d'un pareil processus ne sont pas, d'ailleurs, introuvables; j'en signalerai un, déjà ancien, et d'une netteté frappante, que M. Delbet relatait dans son *Traité des suppurations pelviennes* : une femme de 18 ans tombe malade le 18 octobre 1889, elle entre à London hospital, avec des douleurs abdominales, des vomissements, de la fièvre et des frissons, elle meurt le 25, sept jours après le début des accidents. A l'autopsie, on découvre une péritonite généralisée: la trompe gauche, éclatée dans sa partie externe, est le siège de deux ruptures: l'une siège en un point qui n'est pas dilaté; le pavillon n'est pas oblitéré. La trompe droite est de même rompue (Lewers).

Au cours d'une laparotomie pratiquée pour une péritonite généralisée et presque *in extremis*, j'ai trouvé de même les deux trompes sphacélées, noirâtres fissurées en plusieurs points et comme putrilagineuses; mais je ne puis que noter le fait, l'opération ayant eu lieu dans des conditions d'urgence extrême, sans renseignements, et l'issue fatale n'ayant permis aucune observation.

Toujours est-il qu'une place est à réserver, me semble-t-il, à côté des ruptures traumatiques et des perforations, en somme bien connues et pas très rares, des gros pyo-salpinx, à ces formes de salpingites perforantes et gangreneuses, dont l'évolution n'est pas sans présenter quelques analogies avec celle de l'appendicite perforante. Sans entrer dans une étude pathogénique qui manquerait encore de bases suffisantes, je me contenterai d'insister sur l'importance clinique de ces *ruptures aiguës de la trompe*, sur les infections péritonéale ou pelvienne, de gravité spéciale, qu'elles provoquent, et les allures, souvent étranges, que revêtent ces infections.

M. Hartmann (1). — **Discussion sur les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale** (*suite*) (2).

M. Mauclaire. — **Péritonites puerpérales traitées par la laparotomie ou par la colpotomie postérieure.** (*Rapport sur cinq observations de M. Sourdille.*)

A. — Traitement de la péritonite puerpérale généralisée, soit par la laparotomie, soit par la colpotomie postérieure.

Obs. I. — *Péritonite généralisée post-abortum, laparotomie, guérison.* — Il s'agit d'une femme ayant fait en ville une fausse couche de trois mois. Elle entre, avec de la fièvre puerpérale, dans le service de M. Champetier de Ribes. Malgré un curettage utérin fait

(1) Voir *Annales de Gyn. et d'Obst.*, juin 1905, p. 329 et 382.

aussitôt par l'interne du service, l'état reste grave, le ventre est ballonné, et la péritonite évidente. La *laparotomie*, jugée nécessaire, donna issue à une petite quantité de liquide non purulent, louche, avec des flocons muqueux. Les anses intestinales étaient très rouges et dilatées. Il n'y avait pas de sang dans le petit bassin. L'utérus était très gros, très congestionné. Drainage du cul-de-sac de Douglas; drainage des fosses iliaques. J'ai suivi cette malade. Certes l'amélioration fut rapide, mais il faut dire que des injections intra-utérines furent pratiquées en même temps tous les jours. La malade se leva trois semaines après et guérit rapidement.

Obs. II. — *Péritonite généralisée post-abortum, colpotomie, parotidite double, fistule entéro-vaginale, guérison.* — Il s'agit d'une septicémie puerpérale post-abortive, avec des symptômes généraux très graves, entrée à l'hopital Lariboisière dans le service de M. Peyrot. Au toucher vaginal on sentait les culs-de-sac empâtés et bombant dans le vagin. La *colpotomie* postérieure donna issue à près de 2 litres de pus très fétide. L'amélioration fut immédiate. Trois semaines après, la malade eut une parotidite double qui fut incisée et une fistule entéro-vaginale, qui s'oblitéra spontanément et rapidement. Enfin, au bout de trois mois, la malade était guérie.

Obs. III. — *Péritonite généralisée post-abortum, colpotomie, guérison.* — Il s'agit d'une malade entrée à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Peyrot, en présentant tous les signes d'une septicémie puerpérale avec état général très mauvais. Au toucher vaginal les culs-de-sac sont bombés. De l'orifice du col s'écoule un liquide fétide, putride, avec des débris de caduque. Un curettage utérin n'est pas suivi d'amélioration; au contraire, la douleur abdominale se généralise. M. Sourdille pratique une *colpotomie postérieure* qui donne issue à une petite quantité de liquide louche, sans odeur. On draine le Douglas. Légère amélioration, puis, après une évacuation brusque de pus, la guérison survient progressivement.

Obs. IV. — *Péritonite post-abortum, colpotomie, mort.* — Il s'agit d'une malade entrée dans le service en état de fièvre puerpérale grave avec vomissements verdâtres. Les culs-de-sac vaginaux sont souples ; de l'orifice utérin s'écoule un liquide séro-purulent très fétide, le ventre est ballonné, peu douloureux. Une *colpotomie* est tentée, elle permet d'évacuer une certaine quantité de pus. Malgré cette évacuation, l'état général s'aggrave et la malade succombe la nuit suivante.

L'analyse de ces quatre premières observations de M. Sourdille nous permet d'exposer quelques *considérations générales sur le traitement de la péritonite puerpérale généralisée*, soit *par la laparotomie*, soit *par la colpotomie postérieure.*

C'est dans la thèse d'agrégation de Truc (Paris, 1886) sur le traitement chirurgical des péritonites, que l'on trouve un premier cours historique du traitement chirurgical des péritonites puerpérales. Truc a colligé un certain nombre d'observations de péritonites puerpérales généralisées, à évolution subaiguë, guéries, soit après ouverture spontanée à l'ombilic, soit après ponction, soit après évacuation par le cul-de-sac postérieur ou par l'incision de la paroi abdominale.

Sur 13 cas qu'il rapporte, il ne signale qu'une mort, attribuée à l'intoxication phéniquée, et deux cas de péritonite puerpérale généralisée, à évolution aiguë, ayant été suivis de mort, malgré la laparotomie faite par Bouilly. Celui-ci, sur 6 laparotomies, obtint 2 guérisons. Avec Lawson Tait et Bouilly, Truc se déclare interventionniste.

Depuis le travail de Truc, d'autres observations ont été rapportées, mais elles

ne sont pas nombreuses; il y en a une douzaine de publiées, parce que les malades ont guéri. Quant aux insuccès opératoires, ils sont nombreux.

Personnellement, dans deux cas de péritonites généralisées chez des femmes déjà bien affaiblies, la laparotomie n'a pas été suivie de succès.

Quand la péritonite puerpérale avec épanchement est rendue évidente par la fluctuation, les vomissements, etc., l'évacuation chirurgicale, est indiquée.

Mais à côté de cette *péritonite purulente généralisée évidente*, il y a des *formes insidieuses* d'infections puerpérales péritonéales. Il y a la *péritonite puerpérale sans épanchement appréciable, presque sèche*, caractérisée par une distension et une congestion intense des anses intestinales avec quelques gouttes de liquide louche dans le Douglas. Contre cette forme d'infection péritonéale, la laparotomie et la colpotomie postérieure ne peuvent rien. Le péritoine est infecté comme tous les autres organes de l'économie, et tous les chirurgiens avouent ici facilement leur impuissance.

Il ne faut pas être interventionniste que dans les cas d'épanchement, mais il ne faut pas attendre que l'épanchement soit évidemment abondant; c'est que, en effet, il y a des péritonites généralisées insidieuses au cours de l'infection utérine puerpérale comme au cours de l'infection appendiculaire.

Devant les incertitudes d'un diagnostic précoce, on arrive à conclure que si, après le curettage utérin, l'irrigation continue, l'application de glace sur l'abdomen, les symptômes de péritonite ne s'améliorent pas, c'est-à-dire si le ventre reste ballonné, s'il y a des vomissements porracés, de la sensibilité abdominale avec empâtement du cul-de-sac postérieur, alors une exploration intra-abdominale rapide s'impose, car dans le doute il ne faut pas s'abstenir et attendre l'évidence des symptômes d'un épanchement abondant. L'expectation, en effet diminue de beaucoup les quelques chances de survie.

Toutefois, il faut dire que quelques chirurgiens ont renoncé à toute intervention abdominale chez les puerpérales. Ainsi Reynier, après avoir cru utile, d'intervenir hâtivement par le drainage abdominal pour arrêter l'infection, finit par renoncer à l'intervention, celle-ci ayant paru accélérer la mort.

Boquel, cependant, dit, dans deux cas, s'être bien trouvé de cette laparotomie précoce suivie de drainage dans l'infection puerpérale; la quantité de liquide évacuée avait été peu abondante (Société médicale d'Angers 1903). — M. Porak toutefois a renoncé à faire des laparotomies pour des péritonites puerpérales généralisées. Cette note pessimiste me paraît exagérée.

Technique opératoire. — Il faut se contenter d'évacuer l'épanchement péritonéal. Quant à l'utérus septique, son ablation est tentante, mais le plus souvent la malade ne supporterait pas une hystérectomie ; celle-ci d'ailleurs ne donne actuellement que des résultats médiocres, même quand il n'y a pas encore de péritonite (Christeanu).

Comme dans toutes les péritonites généralisées, il faut, les mains gantées, faire très rapidement le drainage sus-pubien avec un drain descendant jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. Une incision faite dans les deux fosses iliaques permet de mettre ici deux drains, l'un descendant dans le petit bassin, l'autre

remontant dans la région lombaire. La position de Trendelenburg est contre-indiquée pour ne pas refouler le liquide dans la zone sus-ombilicale. Le drainage de celle ci ne paraît pas nécessaire d'emblée. Ultérieurement un empâtement dans cette région, sous le foie principalement, une hyperthermie de retour indiquant l'existence d'une collection suppurée pourraient nécessiter un drainage complémentaire sus-ombilical.

Quant au drainage abdomino-vaginal, les voies génitales étant infectées, il n'est pas contre-indiqué.

Les lavages au sérum salin présentent ici leur utilité.

Mais la péritonite n'est pas toujours généralisée ; aussi, s'il s'agit d'une *péritonite seulement pelvienne*, l'évacuation du pus est tout indiquée par la *colpotomie postérieure*. Cependant, dans un cas, Chaput fit la laparotomie et trouva le fond de l'utérus adhérent au promontoire et couvrant une énorme collection purulente. Il pratiqua un triple drainage abdomino-utéro-vaginal, la malade guérit. J'ai opéré un cas semblable, mais la malade a fini par succomber. Dans un cas, Lapeyre fit l'incision sus-pubienne, la collection remontant assez haut. De même Christeanu, n'ayant pu atteindre une collection pelvienne par la colpotomie, vida par une incision abdominale au-dessus de l'arcade crurale une collection occupant toute la moitié droite du bassin. La malade guérit.

Même dans les cas de péritonite généralisée, la colpotomie pure et simple suivie de drainage à la gaze a été préconisée par Pryor. Je pense que cette colpotomie ne peut que drainer le pelvis, et encore incomplètement, et pas du tout le reste de la grande cavité péritonéale.

Les *résultats* sont très variables ; il ne faut pas croire que le résultat sera toujours proportionné à la perfection du drainage péritonéal. Ce n'est pas une question d'hydraulique. Toute la cause des insuccès est dans l'infection sanguine et viscérale généralisée.

Dans le premier cas de M. Sourdille, la laparotomie permit d'évacuer une petite quantité de liquide non purulent, mais louche, avec des flocons muqueux. Il est difficile de dire si c'est cet épanchement qui menaçait à brève échéance la vie de la malade. Quoi qu'il en soit, nous pouvons admettre que cette évacuation précoce a contribué à la guérison, tout en tenant compte des injections intra-utérines faites tous les jours suivants.

Dans les trois autres observations de M. Sourdille, la colpotomie donna issue à 2 litres de pus très fétide (Obs. II), à du liquide louche sans odeur (Obs. III), à du pus en grande quantité (Obs. IV); les deux premières malades guérirent, sans aucun doute, grâce à cette évacuation. Mais ici il faudrait se demander quelle était l'extension de l'infection péritonéale : il se peut qu'il n'y ait eu qu'une pelvi-péritonite suppurée, enkystée, pelvienne ou seulement sous-ombilicale. Dans quelques faits, il pourrait aussi s'agir de salpingite suppurée volumineuse, comme j'en ai observé un cas.

Cette courte étude nous permet de poser les *conclusions* suivantes : Au cours d'une septicémie puerpérale grave avec réaction péritonéale intense, il faut par l exploration du cul-de-sac postérieur et par le palper abdominal essayer

de faire un diagnostic précoce de l'existence d'un épanchement péritonéal. L'évacuation rapide et précoce de celui-ci, jointe aux autres traitements de la septicémie utérine, sera peut-être la cause adjuvante, petite, mais utile, qui empêchera la malade de pencher du mauvais côté de la balance. Il est évident que cette intervention, si rapide soit-elle, n'est pas de mise chez les malades déjà moribondes.

B. — Perforation utérine au cours de la septicémie puerpérale.

Obs. I. — Chez la malade, la septicémie puerpérale paraît avoir débuté le 10e jour après l'accouchement. Au 20e jour l'état général est très grave. Le ventre est plat et indolore, les culs-de-sac sont souples. Un curettage est pratiqué, mais au cours de l'opération la curette perfore la corne de l'utérus. L'état reste grave; deux jours après, une colpotomie postérieure est pratiquée, mais il ne s'écoule aucun liquide. Drainage du Douglas. Les jours suivants l'état général s'améliore; un peu de liquide abdominal est évacué par le vagin. La malade est guérie un mois après.

A cette observation de M. Sourdille je pourrai ajouter un cas personnel :

En mars 1904, je fus appelé pour examiner une malade atteinte de fièvre puerpérale avec péritonite généralisée. Ayant vu guérir la première malade de M. Sourdille, je fis une laparotomie rapide, qui me permit d'évacuer 2 litres de liquide fétide, et je drainai tout le pelvis par la région sus-pubienne et l'abdomen par les fosses iliaques. Je ne fis qu'un examen superficiel de l'utérus. Mais la malade succomba au quatrième jour, après une légère amélioration. J'appris alors que, chez cette femme, la péritonite s'était développée après une perforation utérine au cours d'une injection intra-utérine.

Dans deux autres cas déjà publiés (1), j'ai fait la laparotomie pour péritonite généralisée, après perforation utérine, chez des septicémiques puerpérales. Chez une malade, 30 heures après une perforation utérine survenue en ville et faite avec la sonde intra-utérine, je trouvai une métro-péritonite généralisée; l'hystérectomie supra-vaginale fut pratiquée; un drain abdomino-vaginal fut passé par la cavité du col utérin; le pelvis fut tamponné totalement par un drainage de Mikulicz remplissant le petit bassin; les fosses iliaques furent également drainées. La malade succomba 18 heures après l'intervention.

Dans une autre observation, je fus appelé à examiner une jeune femme ayant une péritonite généralisée post-abortive datant de plusieurs jours. La laparotomie permit d'évacuer une grande quantité de pus. Sur le fond de l'utérus, il y avait une perforation pouvant être le résultat de l'instrument perforant ou bien d'une gangrène utérine perforante. Je fis l'amputation supra-vaginale de l'utérus, le drainage abdomino-vaginal avec un drain passant par la cavité du col et enfin le tamponnement total du pelvis. La malade succomba 6 heures après l'intervention.

Enfin, dans un cas de pelvi-péritonite généralisée consécutive à une perforation utérine par un abcès utérin interstitiel ou par un foyer de gangrène puerpérale survenue quatre semaines après un avortement suivi de fièvre, je fis l'hystérectomie supra-vaginale, le drainage abdomino-vaginal par la cavité du col et le tamponnement total du pelvis. La malade guérit.

Je n'ai pas à faire l'étude de la péritonite consécutive à une *perforation utérine au cours de la septicémie utérine puerpérale*. Je crois que tout le monde est d'accord pour faire immédiatement la laparotomie, ce qui permet de drainer le pelvis après l'avoir bien nettoyé et débarrassé du sang qu'il pourrait contenir. On fait ainsi le traitement préventif de la péritonite.

(1) Trois cas de perforations graves de l'utérus. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, février 1903.

L'ablation de l'utérus puerpéral septicémié serait, ici encore, bien tentante, mais on sait combien les résultats de cette hystérectomie sont peu encourageants. Il faut donc se contenter de suturer la perforation. On pourrait greffer sur celle-ci un fragment d'épiploon ; le pelvis sera drainé avec un Mikulicz, éloignant quelque peu les anses intestinales du foyer d'infection.

Je crois donc que, dans les cas de perforation d'un utérus puerpéral et septique, il vaut mieux aussitôt, par prudence, avoir recours à la voie haute et non à la colpotomie postérieure faite par M. Sourdille, parce que sa malade était dans un état très grave. En effet, même s'il y avait des adhérences rétro-utérines, on ne sait pas si la perforation utérine a été faite au-dessus ou au-dessous du cône des adhérences cloisonnant le pelvis et, par conséquent, si l'infection péritonale sera généralisée ou seulement pelvienne. Si l'on n'est appelé auprès de la malade que plusieurs jours après la perforation et si une collection bombe dans le cul-de-sac postérieur ou latéral, il est évident que c'est par cette voie basse qu'il faudra intervenir tout d'abord.

M. A. Grosse. — **Rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. Hystérectomie 48 heures après l'accouchement. Mort.** — Il s'agit d'une rupture spontanée de l'utérus chez une secondipare à bassin normal, à utérus bien conformé, paraissant indemne de toute lésion traumatique antérieure. Le fœtus, en présentation du sommet, est expulsé spontanément après un travail régulier de 4 à 5 heures. Chez cette femme la rupture utérine a été une surprise que rien dans son passé obstétrical, dans la marche de l'accouchement ne permettait de prévoir. Elle est un exemple des accidents graves qui peuvent parfois inopinément survenir au cours de l'accouchement le plus simple en apparence, sans que, ni au point de vue professionnel ni au point de vue médico-légal, l'accoucheur puisse le moins du monde en être rendu responsable.

La cause de cette rupture utérine a été révélée clairement par l'examen histologique, qui a fait découvrir, au niveau de la rupture utérine, *l'existence d'un tissu de sclérose, vestige certain d'une déchirure antérieure du col survenue lors du premier accouchement.* Chez cette femme la rupture utérine, bien que très étendue, ne s'est pas accompagnée de signes cliniques capables d'imposer le diagnostic. L'écoulement de liquide séro-sanguinolent à la rupture des membranes, la douleur vive qui se manifesta alors dans la fosse iliaque droite et le membre inférieur correspondant auraient certes pu faire soupçonner la lésion utérine, mais ces symptômes, masqués par les phénomènes douloureux du travail, n'attirèrent malheureusement pas de façon suffisante l'attention du côté de l'utérus. Après l'accouchement, une dypsnée intense, un point de côté violent, siégeant à la base du poumon gauche (côté opposé à la déchirure) chez une femme anciennement pleurétique, l'absence de tout symptôme du côté de l'abdomen et des organes génitaux contribuèrent à égarer le diagnostic. Ce n'est que le deuxième jour qu'apparaissent les signes de péritonite, que la malade est transportée à la Maternité de Beaujon.

Aussi, lorsqu'on constate, chez une femme récemment accouchée, un état

général alarmant qui ne se rattache à aucune cause bien déterminée, est-il indiqué de pratiquer systématiquement l'examen du vagin et de l'utérus par le toucher manuel.

Enfin, la longue survie qui a suivi la rupture utérine permet de penser qu'une intervention plus hâtive aurait pu être suivie de succès. La malade mourut alors que l'hystérectomie venait d'être pratiquée.

M. Pinard. — Cette observation montre une fois de plus aux médecins, et surtout aux médecins légistes, qu'une rupture utérine peut se produire sans intervention. J'approuve le conseil donné par M. Grosse de pratiquer le toucher manuel lorsqu'on se trouve en présence d'une femme récemment accouchée et qui a des symptômes graves. Il ne faut pas, d'autre part, exagérer les conséquences du tissu cervical cicatriciel, auquel cependant j'attache une grande importance dans la pathogénie des ruptures, car les jeunes médecins verraient avec crainte tout accouchement survenant chez une femme ayant eu une déchirure du col.

Discussion sur l'atrésie cervicale après les cautérisations par le caustique de Filhos (*Suite*). — M. Doléris. — J'ai moi-même traité six malades. J'ai obtenu, après cinq, six et sept cautérisations, une atrésie très nette, avec disposition infundibulaire de l'orifice externe. L'atrésie la plus marquée se voit chez la multipare, et il existe des douleurs menstruelles intermittentes. Cela n'a rien d'étonnant puisque, par le fait de la double déchirure du col, la cautérisation portait nécessairement sur une portion du canal utérin assez rapprochée de l'*ostium internum* et naturellement assez étroite.

Je dois dire qu'au début j'ai suivi la technique de M. Richelot; qu'après avoir tenté ensuite de respecter les tissus voisins de l'orifice, je ne me suis plus laissé arrêter par mes premières velléités de prudence, et que j'ai poussé le caustique dans l'orifice cervical comme cela est prescrit. Je n'en ai pas moins vu l'atrésie, à des degrés divers, suivre mes cautérisations. Il me semble légitime de maintenir des réserves quant à l'atrésie cervicale, dont les fâcheuses conséquences peuvent ne se manifester qu'à longue échéance.

Ce n'est pas tout. Que vaut physiologiquement un col qui a subi le traitement intensif, celui qui consiste à poursuivre logiquement les lésions jusqu'en leur siège le plus profond ? Je crois qu'il importe qu'un orifice cervical soit béant et large pour la facilité de la conception, que la muqueuse soit munie de ses glandes et de son épithélium pour une parturition régulière. On a signalé des cas de grossesse, soit. Il n'en est pas moins vrai qu'une atrésie qui ne fait pas souffrir, est tout de même une condition peu favorable à la grossesse, quand elle arrive au degré signalé dans les cas de Lepage, de Siredey et dans ceux que j'ai figurés moi-même.

Je considère que l'on peut, sans causer le moindre danger d'atrésie ultérieure, recourir, pour les cas légers de cervicite avec ou sans ectropion, à la thérapeutique intra-utérine basée sur la dilatation lente et progressive du canal cervical, associée, dans les cas qui le requièrent, à l'ablation plastique des lésions incurables.

M. Lepage apporte l'observation d'une femme qui, depuis le traitement de sa métrite cervicale par le Filhos, est devenue enceinte et qui est accouchée : Il s'agit d'une jeune femme dont le premier accouchement eut lieu en 1900 ; le dégagement se faisant péniblement en O. S. après un travail de 36 heures, et l'enfant souffrant, je fus obligé de l'extraire à l'aide d'une application de forceps. En 1902, elle fit en province une expulsion prématurée d'un fœtus de 3 mois et demi; l'enfant vécut quelques instants. Vers le commencement de 1903, elle vint me consulter ; elle se plaignait de pesanteur, de pertes blanches et de règles abondantes. L'utérus est gros; le col, ulcéré, présente au niveau de la commissure droite du tissu cicatriciel provenant d'une déchirure remontant vers le cul-de-sac latéral droit. Après plusieurs pansements, il se produisit une amélioration ; puis, comme le col restait gros et ulcéré, je fis trois applications de caustique Filhos; l'une d'elles eut surtout pour but de détruire le tissu cicatriciel de la commissure droite.

Cette femme redevient enceinte; ses dernières règles eurent lieu du 18 au 22 mai 1903. Elle accoucha à Paris le 23 février d'un enfant de 3.500 grammes se présentant par le sommet. L'accouchement simple a été un peu long, mais cette lenteur semble avoir été causée par la rupture hâtive des membranes plutôt que par une résistance quelconque de l'orifice externe ou du canal cervical.

M. Richelot. — M. Doléris prétend qu'on ne détruit pas assez ou qu'on détruit trop, mais je lui ferai remarquer que dans cette cautérisation destructive je ne vais jamais jusqu'à l'orifice interne, j'admets que les lésions principales sont dans la moitié inférieure de la cavité cervicale et jamais je ne touche à l'isthme. Dans ces conditions, je pense détruire le tissu muqueux et un peu de tissu cellulo-conjonctif, peut-être même un peu du parenchyme utérin. En tout cas, cette destruction se répare parfaitement. Pourquoi, je l'ignore ; en tout cas, le col reprend plus tard sa forme normale. Il semble qu'au point de vue de la reconstitution du col, le corps de l'utérus exerce une action de présence; car, dans les cas où le corps de l'utérus a été enlevé, le col traité par le Filhos s'atrésie et se transforme en un moignon fibreux.

J'ai vu cette année, dans mon service de Cochin, trois malades à qui notre collègue J.-L. Faure avait fait l'année dernière une hystérectomie subtotale pour fibromes ou pour lésions annexielles : elles conservaient un gros col suppurant et elles avaient des pertes blanches qui les avaient poussées à venir consulter. J'ai guéri leur métrite cervicale avec le caustique Filhos, j'ai tari leur suppuration, leur col s'est atrésié et transformé en moignon fibreux.

Quant à la fonction du col, elle consiste à laisser passer le sang des règles et les spermatozoïdes; or mes malades ont des règles sans douleurs, et la fécondation est encore possible, puisque j'ai déjà pu recueillir huit observations de grossesse chez les femmes que j'ai traitées.

Je puis répondre au reproche d'atrésie tardive en disant que je ne détruis pas tout le parenchyme du col, mais une très mince partie du tissu musculaire; mais le col se reforme avec son épaisseur et son attitude normales. Je n'ai observé aucun cas de récidive et cependant j'observe certaines malades depuis 1893.

M. Doléris. — La question d'atrésie est une question qui ne peut être jugée actuellement : il faut attendre pour savoir ce que deviendront ces cols touchés au Filhos. Je redoute cette atrésie et j'en ai donné les raisons. Puisque nous voyons l'orifice devenir plus étroit qu'il n'était, pourquoi ne peut-il pas s'atrésier encore plus ? En tout cas, parmi les cols traités par le Filhos, il en est dans lesquels on a de la peine à entrer la pointe d'un stylet : ces cols-là ne me paraissent pas bien disposés pour la fécondation.

M. Richelot. — Voilà onze ans que je fais des cautérisations, j'ai donc eu le temps de juger la question des atrésies.

M. Doléris. — **Statistique sur l'avortement** (1).

Séance du 13 *mars* 1905

MM. Rudaux et Chartier. — **Obstruction intestinale au cours de la grossesse. Étranglement dans un anneau formé par l'appendice iléo-cæcal.** — Femme de 27 ans, a eu une première grossesse à 23 ans, terminée par l'accouchement normal d'une fille, morte à 11 mois d'une affection pulmonaire aiguë ; une deuxième grossesse à 25 ans, également normale ; l'enfant est très bien portant actuellement. Aucun de ces accouchements n'a été suivi d'infection. A aucun moment de sa vie cette femme n'avait souffert du ventre.

Le 10 octobre au matin, elle a été prise brusquement, sans prodromes, de douleurs atroces dans le ventre. La sage-femme appelée pense à un avortement ; on calme les douleurs avec du laudanum. Le 10, le 11 et le 12 octobre, les vomissements continuent, l'état général est très mauvais et ce n'est qu'après l'expulsion d'un fœtus de 4 mois environ, deux heures avant sa mort, que l'on se décide à la faire transporter à l'hôpital.

L'autopsie montre des lésions de péritonite aiguë. La dernière portion de l'iléon forme une anse étranglée par un étroit collet. Cette anse est violacée et présente dans sa partie moyenne une ulcération allongée d'où s'échape son contenu. L'anneau constricteur est formé de l'appendice et de son méso, recourbés sous l'anse étranglée et terminés par une bride adhérant fortement au mésentère, au niveau de sa continuation avec le méso-appendice.

L'utérus est tapissé de fausses membranes, il ne présente aucune trace de déchirure ni de perforation. Le placenta est désinséré et tombé dans le segment inférieur. La paroi interne ne présente aucune trace d'inflammation.

On se trouve donc en présence d'un étranglement interne avec gangrène et perforation de l'anse étranglée. L'agent de l'étranglement est un anneau formé par l'appendice, dont l'extrémité est prolongée par une bride résultant probablement d'une ancienne appendicite restée cliniquement méconnue.

M. Pinard. — Lorsqu'il y a un cortège symptomatique montrant qu'il y a obs-

(1) Mémoire paru *in extenso* dans les *Annales de gyn. et d'obst.*, avril 1905, p. 206.

truction intestinale ou lésion péritonéale, il faut ouvrir le ventre. Depuis que je mets en œuvre cette pratique. je n'ai jamais eu à me reprocher d'avoir fait ouvrir un ventre, et je puis dire que plusieurs femmes ne doivent leur vie qu'à cette intervention. J'insiste, parce que dans un cas, que plusieurs d'entre vous ont vu, j'ai dû forcer la main au chirurgien pour prendre le bistouri, et on a trouvé un hémato-salpinx tordu : cette femme serait certainement morte si je ne l'avais pas fait opérer. J'ai vu en ville trois autres cas semblables.

M. Faure. — L'accident qui nous a été rapporté n'est pas rare, j'en ai vu au moins deux cas.

M. Rudaux. — Je n'ai fait allusion qu'aux cas d'étranglement survenus pendant la grossesse ; or, dans la statistique de Gauchery sur ce sujet, il n'existe aucun cas d'étranglement dû à un anneau constitué par l'appendice.

M. Porak. — J'ai vu quatre fois des cas de péritonite chez des femmes enceintes, et comme M. Pinard je suis d'avis de faire ouvrir le ventre. Dans un autre cas la femme est accouchée avant qu'on ait eu le temps de l'opérer, ce n'est qu'après l'accouchement que M. Schwartz est intervenu et a constaté une péritonite. Dans un autre cas, il s'agissait d'un volvulus. La dernière fois, c'est M. Marion, chirurgien de garde, qui est intervenu ; il a extrait l'utérus de l'abdomen pour rechercher la cause de la péritonite sans la trouver. N'ayant pas pu réintroduire l'utérus par l'abdomen, il dut faire une césarienne. La femme est morte, et à l'autopsie on n'a pas trouvé le point de départ de la péritonite.

M. Croisier (de Blois). — **Anomalie de l'utérus. Salpingo-ovarite gauche. Laparotomie.** — Il s'agissait d'un utérus double; l'un des utérus avait été pris pour une tumeur juxta-utérine.

M. Croisier (de Blois). — **Fibromes utérins multiples. Hystérectomie atypique. Guérison.** — Il y avait deux fibromes, l'un abdominal, l'autre vaginal. Par laparotomie Croisier fit d'abord une hystérectomie sus-vaginale, puis, ouvrant le cul-de-sac postérieur, se débarrassa de la lèvre postérieure du col. La paroi utérine antérieure fut alors facilement et largement exposée aux regards. Le polype s'y insérait par un pédicule gros comme le pouce. Ce pédicule fut sectionné et le polype fut extrait par le vagin.

M. Lucas-Championnière. — **Discussion sur l'avortement** (*suite*). — Pour rester dans la note de la communication de M. Doléris, je suis d'avis de laisser de côté les faits particuliers et de ne traiter que la question de statistique.

M. Doléris. — Cette statistique nous permet de faire ressortir l'importance qu'offre cette question de l'avortement au point de vue de la dépopulation. D'un autre côté, à l'hôpital il meurt des femmes qui se sont fait avorter en ville; nous sommes donc en quelque sorte les comparses obligatoires de ceux qui se livrent à cette pratique. Il s'agit de savoir si l'on ne pourrait réglementer ces admissions à l'hôpital.

M. Pinard. — Je partage l'opinion de notre président. En ce qui concerne l'étiologie et la prophylaxie, je suis convaincu que le facteur le plus puissant de

cette progression, c'est l'avènement de l'asepsie et de l'antisepsie. Le public sait qu'on ne court plus les dangers d'autrefois en se faisant avorter, il sait aussi que si l'infection survient il suffira d'aller dans un service hospitalier pour être rapidement guérie. Je ne crois pas que l'immoralité soit plus considérable aujourd'hui qu'autrefois, à Paris qu'en province, en France qu'à l'étranger. Je sais que les grands moralistes cherchent à démontrer qu'à Paris en particulier il n'y a que des vices; je n'ai pas à faire ma profession de foi, on sait ce que je pense du fœticide, mais il faut bien démontrer l'abîme qui sépare l'avortement de la procréation volontaire. Je ne veux pas attaquer ceux qui considèrent comme immorale la stérilité volontaire, mais je crois que c'est par la moralisation seule qu'on peut arriver à un résultat; je ne pense pas que des mesures prises contre les femmes puissent servir à quelque chose; en face d'une malade, quelle qu'en soit la cause, le médecin n'a qu'à prodiguer ses soins.

M. Siredey. — Parmi les mesures à proposer, n'y aurait-il pas moyen de demander une surveillance des sages-femmes?

M. Lucas-Championnière. — Il est certain que la proportion augmente, les chirurgiens et les accoucheurs le constatent, mais qu'y faire? La seule chose qu'on puisse dire, c'est que c'est à Paris et en France que la proportion est la plus faible; il y a des pays où les médecins y prennent une part considérable.

M. Pinard. — A l'appui de ce qu'a dit notre président, je citerai ce fait : j'ai recueilli chez des étrangers sept observations semblables; ces sept personnes m'ont dit ne pas avoir eu d'enfants parce qu'elles avaient contracté une assurance. Oui, il y a des assurances pour les jeunes mariés; la compagnie s'engage à ce que le ménage n'ait pas d'enfants pendant deux, trois, cinq ans; aussi tous les mois un médecin envoyé par la compagnie passe dans le ménage. Ce n'est donc pas la France qui souffre le plus de ces manœuvres.

M. Porak. — La loi du 25 juin 1904 arme la justice.

M. Doléris. — On pourrait exiger des visites des herboristeries, comme on fait des visites des pharmacies.

M. Pinard. — Les herboristeries peuvent être souvent incriminées. Elles n'ont du reste aucune raison d'être. Cette statistique sera une arme pour ceux qui désirent leur abolition. Quant aux conférences, il est difficile d'y remédier, le maire a le droit de permettre l'accès d'une grande salle pour faire une conférence. Il faut bien savoir du reste que tous les prospectus répandus dans les conférences sont envoyés par des étrangers et que ces ligues néo-malthusiennes ont à leur tête des hommes politiques, dont l'un occupe des fonctions importantes dans un État voisin.

(*A suivre.*)

REVUE ANALYTIQUE

Du diagnostic histologique dans les premiers stades de la tuberculose utérine (Zur histologischen Diagnose bei frühstadien von Uterustuberculose). SCHOTTLANDER, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. XXI, Hft p. 53.

Dans cette monographie, l'auteur s'est efforcé de fixer, dans le diagnostic de la tuberculose utérine commençante, le degré d'importance qu'il faut accorder à la mise en évidence: 1° du bacille tuberculeux; 2° du tubercule; 3° d'altérations de l'épithélium glandulaire (*polymorphie, multi-stratification*). Or, Schottlander est d'avis qu'on ne saurait accorder aux altérations de l'épithélium, aussi bien superficiel que glandulaire, une signification diagnostique formelle. Il ne faut accepter l'étiologie tuberculeuse qu'après avoir éliminé l'éventualité de grossesses, de gonorrhées récentes, et quand, en l'absence de la mise en évidence de bacilles tuberculeux, la multi-stratification de l'épithélium glandulaire est très accusée.

Le fait capital *n'est pas tant la constatation des bacilles tuberculeux*, qui, certes, garde toujours une grande importance, mais, qui, en dépit de la nature réellement tuberculeuse de l'affection, peut faire défaut, *mais, avant tout, la mise en évidence des produits tuberculeux spécifiques*, auxquels appartient non seulement le tubercule typique, enkysté, mais la lésion constituée par une ou plusieurs cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes.

R. L.

De la sécrétion interne de l'ovaire et du placenta, et de leur importance pour la fonction des glandes lactigènes (Die innere Secretion von Ovarium und Placenta und ihre Bedeutung für die Function der Milchdrüse). HÁLBAN, *Arch. f. Gyn.* Bd. LXXV, Hft. 2, p. 353.

Il est impossible d'analyser ici, à fond, ce travail considérable, basé sur une longue observation clinique et, en particulier, sur des observations faites à la suite d'un grand nombre d'opérations gynécologiques, travail dont l'ensemble, au point de vue des résultats, se trouve condensé dans les propositions suivantes.

L'influence de la puberté sur la glande mammaire de la femme saine est due à des substances sécrétées par l'ovaire. Les modifications menstruelles de la mamelle sont également causées par des produits chimiques de fabrication ovarienne. Les ovaires ne représentent pas, dans l'état de gestation, contrai-

rement à ce qu'ils sont en dehors de cet état, le centre trophique des autres organes génitaux et des seins. Leur fonction, sous ce point de vue, est, pendant la grossessse, peu importante. Ils n'ont sur l'hyperplasie gravidique mammaire et sur la sécrétion lactée aucune action. Même après la castration double en cours de grossesse, les deux processus s'accomplissent. Les modifications gravidiques du sein ne sont pas déterminées par des produits d'origine fœtale, car elles surviennent alors même que le produit de conception a succombé depuis longtemps. En général, il n'y a pas de relation entre le corps du fœtus et les réactions gravidiques. Les substances gravidiques *agissantes* sont produits du placenta ou du trophoblaste et de l'épithélium chorial. L'impulsion première ou embryonnaire à la croissance est, en effet, donnée par des substances placentaires. C'est une propriété générale des substances placentaires et ovariques de causer hyperémie et hémorragie. Les effets de ces deux espèces de substances sont les mêmes, au degré près, plus forts avec les placentaires. Durant la gestation, le placenta prend le *rôle de protection* à l'ovaire et l'intensifie.

Ni pendant l'accouchement, ni dans le puerpérium, l'utérus n'a aucune importance au point de vue de la fonction lactée ; cette fonction s'accomplit aussi bien, en effet, que l'utérus soit ou non *in situ*. La sécrétion lactée ne peut pas être l'effet d'une influence nerveuse. Elle ne peut pas non plus être l'effet immédiat, direct de l'acte de la succion. La succion n'agit efficacement que sur une fonction déjà en train et la maintient. On ne saurait voir dans l'acte de l'accouchement, pris comme tel, la cause même de l'apparition de la sécrétion lactée. L'involution utérine est en réalité une vraie atrophie, produite, de façon physiologique, par le détachement du délivre. Ce n'est pas l'expulsion du corps fœtal qui provoque la sécrétion lactée. C'est seulement l'arrière-faix ou l'épithélium chorial dont le détachement physiologique est susceptible de mettre en train la sécrétion lactée.

Dans des conditions favorables (ménopause) l'ovaire — mais moins faiblement — agit à la manière du placenta, non seulement suivant une tendance hyperplasique, mais aussi empêchante par rapport à l'activité sécrétoire. La sécrétion lactée chez des individus mâles doit résulter du fait que, chez les gynécomastes, l'action du testicule reste en défaut.

R. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Boeckel (J.). Des fibromes de la paroi abdominale. *Gaz. méd. de Strasbourg*, août 1905, p. 57. — **Bossi**. Les conséquences gynécologiques du Malthusianisme. *La Gynécologie*. juin 1905, p. 226. — **Bottenberg**. Ueber die Durchgängigkeit der Tuben fur in den Uterus injizierte Flüssigkeiter. *Munch. med. Wochensch.*, 1905, n° 35, p. 1672. — **Davis** (E.). Sudden Death during or immediatly after the termination of pregnancy or after operation on the pelvic organs in women. *Surg. Gyn. a. Obst.*, 1905, n° 1, p. 29. — **Duraut**. What the Suburban Surgeon is doing in the abdomen. *The Boston Med. a. Surg. J.*, août 1905, p. 245. — **Giolli**. La puntura esplorativa comme mezzo diagnostico in ginecologia (Ricerche bacteriologiche nel liquido di raccolte in annexiti pelvi peritoniti, ascescipelvici). *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 6, p. 350, 422. — **Haultain**. A Series of Cases of Axial Rotation in its Relation to the Pelvic. Generative organs. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, 1905, n° 1, p. 25. — **Henkel**. *Gynœkologische Diagnostik*, Berlin. — **Huggins**. Insanity precipitated by pelvic Disease in the Female. *Annals of Gyn. a Ped.*, juillet 1905, p. 331. — **Kardinowski**. Physiologische Versuche an der Gebarmutter *in vivo*, ihre Vergleichung mit den Versuchen am dem isolierten organe und einige allgemeine Ergebnisse. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVI, Hft. 2, p. 382. — **Keller**. Ueber intestinale Autointoxikation nach Laparotomie. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 454. — **Klein** *Gefühlspräfung am weiblichen Genitale in krimineller Beziehung*, Berlin. — **Meyer-Rüegg**. *Kompendium der Frauenkrankheiten*, Leipzig. — **Orthmann**. *Leitfaden f. den gynœkologischer Operationskurs u. Berucksichl. der Operationen an der Lebenden*, Leipzig. — **Rielander**. *Das Paroophoron* (*Vergleichend anatom. u. pathologische anatom. Studie*), Marbourg. — **Rohleder**. *Der Neomalthusianismus. Die facultative. Sterilität in der ärztl. Praxis*, Leipzig. — **Schauta** et **Hitschmann**. *Tabulæ gynecologicæ*, Vienne. — **Tuffier**. Conservation of the Ovaries and the Uterus in operative procedures upon the uterine adnexæ. *Surgery, Gynec. a. Obst.*, septembre 1905, p. 209.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE, ANTISEPSIE, INSTRUMENTS, ANESTHESIE. — **Abel**. Ueber die Anvendung des Styptols bei Gebarmutterblutungen u. Dysmenorrhœ. *Berlin. klin. Woch.*, août 1905, p. 1073. — **Burford** et **Johnstone**. Transfusion intravenous, subcutaneous a. rectal in Gyn. a. Obst. practice. *The British Gyn. J.*, aout 1905, p. 104. — **Halliday**. Curiosities of Curetting, specially with regard to Cancer. *Edinb. med. J.*, août 1905, p. 116. — **Lampugnané**. Ancora della sutura alla Michel nella pratica ginecologica. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 7, p. 417. — **Offergeld**. Zur Behandlung gynäkologischer Erkrankungen durch Thiosinamin *Munch. mediz. Wochensch.*, septembre 1905, p. 1769. — **Pincus**. *Belastung lagerung. Grundzüge e. nichtoperativen Behandl, chronisch. entzundl. Frauenkrankheiten u. ihre Folgezustande*, Wiesbaden. — **Tilman**. Lumbalanesthesie mit Stovain. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 34, p. 1065.

VULVE ET VAGIN. — **Acconci**. Perivaginite flemmonosa dissecante. *Archivio italiano di Ginec.*, 1905, n° 5, p. 257. — **Aubert**. Sur un cas de sarcome du vagin. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1905, n° 8, p. 584. — **Crauwell**. Hydrocolpos congenital. *Rev. de Gyn. et de Chir. abdomin.*, 1905, n° 4, p. 635. — **Dittrick**. Epithelioma of the Vulva. *Am. J. of med. Sc.*, août 1905, p. 277. — **Doléris**. Large fistule recto-vaginale provoquée par un pessaire: procédé opératoire spécial, guérison. *La Gynécologie*, juin 1905, p. 198. — **Finger**. *Die Blennorhœ der Sexualorgane und ihre Complicationen*, 1905, Vienne. — **Hirschfeld**. *Ein seltener Fall von Hermaphroditismus*, 1905, Leipzig. — **Hirst**. A contribution to the efficiency of plastic Operations in the Vagina. *Am. J. Obst.*, juillet 1905, p. 100. — **Malg**. Beitrag zur Histologie des dermoiden Vulvartumoren mit Berücksichtigung ihrer Abstamung von Ligamentum rotundius. *Arch. f. Gyn.*, 1905, Bd. LXXVII, Hft. 1. p. 175.

— **Vaccari**, Sopra le cisti della vagina. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1905, n° 8, p. 163. — **Vautrin**. Considerations on the total Absence of the Vagina, on its Surgical Treatment. *Annals of Gyn. a. Ped.*, juillet 1905, p. 334.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Andrew** (**R.**). On the Effect of ventral Fixation of the Uterus on Subsequent Pregnancy, a Labour based on the Analysis of the 395 Cases. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, 1905 n° 2, p. 97. — **Cullingworth**. On the secondary Operation for complete Rupture of the Perineum. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, 1905, n° 1, p. 1. — **Edgar** (**J.**). On the Secondary Operation for complete Rupture of the Perineum. *The J. of Obst. a Gyn. of the British Emp.*, septembre 1905, p. 170. — **Ertzbischoff**. Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus chez les vierges et les multipares. *La Gynécologie*, août 1905, p. 330. — **Gouin**. Avantages de l'hystérectomie physiologique au point de vue obstétrical. *La Gynécologie*, août 1905, p. 289. — **Hofmeier**. Die Ventriflxura Uter bei Verlagerungen des Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 155. — **Johnstone**. Retroversion of the Uterus. *Am. J. Obst.*, juillet 1905, p. 93. — **Montgomery**. A new plan of procedure in retro-uterine Displacements. *Surgery, Gynec. a. Obst.*, 1905, n° 1, p. 11. — **Polk**. Operations for Procidentia uteri. *Med. Record*, août 1905, p. 285. — **Runge**. Ueber den Prolaps der Vagina u. des Uterus u. seine Behandlung. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 32, p. 1014. — **Seegert**. Welche Ventriflxationmethoden führten zu Geburtsstorungen und Ileus? *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 382. — **Siredey** et **Bigart**. Recherches sur la leucorrhée. *La Gynécologie*, juin 1905, p. 202. — **West** (**J.**). A new Operation for Laceration or Overstretching of the Levator ani muscle. *Am. J. Obst.*, juillet 1905, p. 106.

UTÉRUS, MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Bardeleben**. Ueber die sogenannte Conglutinatio orificii uteri externi. *Arch. f. Gyn.*, 1905, Bd. LXXVII, Hft. 1, p. 154. — **Delaunay** et **Darré**. Diagnostic clinique des ulcérations du col utérin. *Gaz. des hôpitaux*, septembre 1905, p. 1251. — **Findley**. Arteriosclerosis of the Uterus as a Causal factor in uterine hemorrhage. *Am. J. Obst.*, juillet 1905, p. 71. — **Fox** (**H**). Case of delayed Menstruation; Flow established at first Spontaneously, subsequently by Treatment; Conception. *Med. Record*, août 1905, p. 340. — **Gardner**. Lacerations of the cervix Uteri. *Med. Record*, août 1905, p. 338. — **Leni**. Nuovo metodo di stomatoplastien per lo cura della sterilita e della dismenorrea. *Archivio di Ost. e. Ginec.*, 1905, n° 8, p. 488. — **Regnier**. Tuberculose utérine et annexielle. *Bull. et mém. de la Soc. chirurgie*, juin 1905, p. 596. — **Rosner**. Des douleurs intermentsruelles. *La Gynécologie*, juin 1905, p. 230. — **Stolberg**. *Hæmatometra in cornu rudimentario uteri bicornis*, Leipzig.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Bland-Sutton**. A Report on 100 Consecutive Abdominal Hysterectomies. *The Lancet*, mai 1905, p. 1406. — **Boursier**. Sur un cas de fibro-sarcome de l'utérus. *Journ. de méd. de Bordeaux*, septembre 1905, p. 637. — **Bovée**. The Treatment of fibroid Tumors of Uterus. *Am. J. Obst.*, août 1905, p. 203. — **Bumm**. Zur Technik der abdominallen Extirpation des karzinomatösen Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 172. — **Doléris**. Fibrome utérin incarcéré; grossesse, hystérectomie, guérison. *La Gynécologie*, juin 1905, p. 193. — **Engelmann**. Beobachtungen und Erfahrungen über Myome der Gebarmutter. *Arch f. Gyn.*, 1905, Bd. LXXVII, Hft. 1, p. 133. — **Gelhorn**. Paravaginal or abdominal operations in carcinoma of the Uterus. *The Am. J. of Obst.*, juillet 1905, p. 1. — **Gutbrod**. Abdominelle Totalextirpation des Kreissenden Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 497. — **Hegar** *Zur Gesichte der operative Behandlung des Gebarmutterkebs*, Fribourg. — **Koblank**. Die Beteiligung der Harnwege beim Uteruskarzinome und ihre operative Behandlung. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 184. — **Kraus**. Ueber Wucherungen im Corpusepithel bei Cervixkarzinom. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LIV, Hft. 3, p. 383. — **Mackendrodt**. Ergebnisse der abdominallen Radikaloperation des Gebarmutterscheidenkrebses mittels Laparotomia hypogastrica. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIV, Hft. 2, p. 514. — **Nash**. Ruptured interstitial Pregnancy, abdominal hysterectomy, Death. *The Lancet*, août 1905, p. 592. — **Pankow**. Vergleich der klinischen u. pathologische anatomischen Untersuchunghefund bein Carcinoma Uteri und ihre Bedeutung für die Terapie. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVI, Hft. 2, p. 337. — **Peterson**. Migratory uterine fibroids. *J. Am. Obst.*, juillet 1905, p. 56. — **Pfannenstiel**. Wie erreischen wir am besten das Ziel, den Uteruskrebs auf operativen Wege zu heilen. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 27, p. 849. — **Pincus**. Zur konservativen Behandlung der Myome des Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIV, Hft. 3, p. 400. — **Pignam**. Le sarcome de l'utérus; anatomie pathologique des sarcomes du col; histogenèse. *Revue de gynéc. et de chirurgie abdomin.*, 1905, n° 4, p. 579. — **Quénu**. Dégénérescence épithéliale d'un moignon vaginal à la suite d'une hystérectomie totale pour salpingite. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, juin 1905, p. 602. — **Runge**. *Der Krebs der Gebärmutter.*

Ein Mahnwort an die Frauenwelt, Berlin. — **Targett**. Abdominal hysterectomy for severe concealed accidental hœmorrhage. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1905, vol. XVII, p. 147. — **Thorn**. Myomoperationen am schwangeren und kreisenden Uterus. *Munschener med. Wochensch.*, août 1905, p. 1631. — **Wallace**. Experiences of the Treatment of the Cancerous Cervix Uteri by the Abdominal Route with pelvic Dissection. *The Lancet*, juillet 1905, p. 147. — **Winter**. Die wissentschaftliche Begründung der Indikationen zur Myomoperation. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 49. — **Winter**. Myom u. Menopause. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 27, p. 842.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS ; DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Blaud-Sutton**. Acute Salpingitis caused by an inflamed Appendix. *British med. J.*, juillet 1905, p. 118. — **Corner**. Torsion of the Great Omeutum. *Am. J. of. med. Sc.*, août 1905, p. 314. — **Eversmann**. Beitrag zur Lehre von der Struma ovarii colloides. *Arch. of Gyn.*, 1905, Bd. LXXVII, Hft. 1, p. 101. — **Faure**. Sur les opérations conservatrices des ovaires et de l'utérus dans les annexites. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie.*, juin 1905, p. 604. — **Hentrel**. Beitrag zur Klinik und zur chirurgischen Behandlung chronisch-entzündlicher Adnexererkrankungen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 329. — **Kownatzki**. Zur Behandlung der freien puerperalen Peritonitis mit Laparotomie und drainage. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 30 p. 938. — **Smith** (**L.**). Appendicitis in relation to Pelvic Disease a. Pregnancy. *Am. J. of. Obst.*, août 1905, p. 234. — **Watkins**. Pelvic Infections in Women. *Surgery, Gyn. a. Obst.*, août 1905, p. 163. — **West**. The Prophylaxis a. Treatment of Pyosalpinx. *Med. Record*, juin 1905, p. 969.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS ; OVARIOTOMIE, SALPINGECTOMIE. — **Alfieri**. Su di uno Cisti dermoide retroperitoneale a contenuto non commune. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 8, p. 149. — **Bell** (**H.**). On the Appearance of Thyroid-like Structures in ovarian Cysts. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, 1905, n° 2, p. 92. — **Blount** (**A.**). Ciliated Cysts and Glands of the Uterine, tubal a pelvic Serosa. *Am. J. Obst.*, août 1905, p. 210. — **Broothers** (**A.**). The twisted Pedicle in Ovarian a. Parovarian Cysts. *Am. J. of Obst.*, août 1905, p. 190. — **Chené**. Sur un cas de kyste de l'ovaire bilatéral avec hémorragies abondantes. *Annales médico-chirurg. du Centre*, 1905, n° 31, p. 369. — **Fritsch**. Die Resultate meiner Ovariotomien in 22 Jahren. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 1. — **Godart**. Kyste papillaire de l'ovaire avec généralisation, opération, récidive après six mois. *La Policlinique*, août 1905, p. 225. — **Hicks** et **Targett**. Two Cases of Malignant Embryoma of the Ovary. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, 1905, n° 2, p. 84. — **Lockyer**. The Corpus Luteum : compound lutein Cystomata found in association with vesicular mole and chorio-epithelioma. *Transactions of the Obst. Soc. of London*, 1905, vol. XLVII, p. 157. — **Marshall** (**B.**) Double ovarian Cystoma and Uterus affected with Melano-Sarcoma, etc. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, septembre 1905, p. 166. — **Reinecke**. Drei Fälle vaginaler Ovariotomie nach Duhrssen. *Berlin. Klin. Wochensch.*, 1905, n° 28, p. 204. — **Santi**. Die un secundo Caso di Sarcoma luteinico. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1905, n° 7, p. 1. — **Terrantino**. Cistoma ovarico libero complicato a gravidanza. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1905, n° 8, p. 190.

ORGANES URINAIRES. — **Knorr**. Ueber die Ursachen der pathologischen Harndrangs beim Weibe, insbesondere Cystitis Colli im Pericystitis sowie deren Behandlung. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 472. — **Sfameni**. Fistoli ureterali consecutive ad interventi ginecologici e guarite spontaneamente o fistole dei canali di Malpighi-Gartner. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 2, p. 449. — **Thumin**. Pathogenese, Symptomatologie u. Diagnosis der Mündungsanomalies einfacher u. überzahliger Ureteren beim Weibe. *Berlin. klin. Wochensch.*, juillet 1905, p. 905. — **Zangemeister**. Weibliche Blase und Genitalerkrankunger. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 295.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Hodgson**. Ectopic Gestation Complicated by mental Disturbance. *Med. Record*, septembre 1905, p. 419. — **Hofmeier**. Zur Pathologie der Extrauterinschwangerschaft. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 27, p. 847.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Bishop**. Notes on abdominal Surgery based upon completed Record of 744 Cases. *The Lancet*, août 1905, pp. 510, 593. — **Blain** (**P.**). Conservation of the parietal motor nerves in abdominal Section. *Surgery, Gynec. a. Obst.*, 1905, n° 2, p. 152. — **Delbet**. Sur la conservation de l'ovaire et de l'utérus. *Bull. et Mém. Soc. chirurgie de Paris*, 7 juillet 1905, p. 753. — **Küstner**. Die Indikationen und Kontraindikationen der Bauchhöhlendrainage nach der Laparotomie. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 6. — **Lewers**. An Analysis of 300 consecutive Gynecological Laparotomies. *The Lancet*, juillet 1905, p. 354.

MALFORMATIONS GÉNITALES. — **Barrett.** Infantile Uterus a. its Treatment, with or new operation for anteflexion and Stenosis of internal Os. *Am. J. Obst.*, septembre 1905, p. 352. — **Dubreuil-Chambardel.** De la duplicité du canal génital de la femme. *Revue bi-mensuelle*, juillet 1905, p. 225. — **Fromme.** Ein zweiterer Beitrag zur Lehre von den Gynatresien. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIV, Hft. 3, p. 482. — **Jonnesco.** Utérus didelphe, kyste de l'ovaire, castration abdominale totale, guérison. *Bull. et Mém. Soc. de chirurgie de Bucharest*, juin 1905, p. 58. — **Pick.** Ueber Neubildungen am Genitalien bei Zwittern. *Arch. f. Gyn.*, 1905, Bd. LXXVI, Hft. 2, p. 191.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Bau.** Un cas de présentation du front avec mécanisme rare et attitude anormale. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1905, n° 7, p. 503. — **Baumann.** *Kopf u. Becken in ihrer gegenseitigen Beziehung unter Geburt*, 1905, Halle. — **Caie.** A method of guarding the Perineum in Labour. *British med. J.*, septembre 1905. p. 628. — **Friolet.** Ueber spontane Haltungskorrektur des Kopfes bei Gesichtlage. Ein Beitrag zum Geburtsmechanismus bei Streckhaltungen der Fruchl. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. LIV, Hft. 2, p. 504. — **Gerot.** *Das Geschlecht des Embryo. Ein Beitrag zur Losg. der Geschlecht-Bildg.*, Berlin. — **Herff.** Lasst die Haltungsverbesserung bei Gesichtslagen einen besonderen Vorteil erwarten. *Munch. mediz. Wochensch.*, août 1905, p. 1524. — **Keer.** The Care of Perineum with a Description of a New Method of Delivery of the Shoulder. *Med. News*, septembre 1905, p. 452.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Amos.** Zur Pathologie der Thrombose der Vena mesenterica superior. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 430. — **Basso.** Ueber Autolyse der Placenta. *Arch. f. Gyn.*, 1905, Bd. LXXVII, Hft. 1, p. 162. — **Brounllé.** The Germ. Content of the Uterus and Vagina during the normal Puerperium. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, septembre 1905, p. 174. — **Caparali.** Il ricambio materiale nell osteomalacia. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 7, p. 385. — **Cristolli.** Sulla presenza contemporanea in gravidenza di cellule deciduosimili (o paradeciduali) nell' ovaio e salto la sorosa uterina e tubarica. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 6, p. 321. — **Doria.** Ueber die Einbettung des menschlichen Eie Studirt an einem kleinen Eie der Zweiten Woche. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVI, Hft. 2, p. 433. — **Ferroni.** L'eterolisi utero-placentare. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 8, p. 128. — **Frassi.** Contributo alla conoscenza delle cisti coriali. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1905, n° 6, p. 640. — **Hertwig.** *Kritische Betrachtungen ub. neuere Erklarungsnersuche auf dem Gebiete der Befruchtungslehre*, Berlin. — **Kurdinowsky.** Experimente zur Frage über den Einfluss der Asphyxie und der Anämie auf die Uteruscontractiones. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVI, Hft. 2, p. 313. — **Mandl (L.).** Histologische Untersuchungen über die sekretorische Tatigheit der Amnionepildels. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LXIV, Hft. 3, p. 427. — **Martin.** Ueber Retractionsring und innerem Muttermund. *Arch. f. Gyn.*, 1905, Bd. LXXVII, Hft. 1, p. 112. — **Patton.** Etude sur la cytologie du lait de femme et le cyto-pronostic de la lactation. *Pev. méd. de la Suisse romande*, 1905, n° 8, p. 566. — **Runge.** Ueber Cystenbildung an der menschlichen Placenta. *Arch. f. Gyn.*, 1905, Bd. LXXVII, Hft. 1, p. 29. — **Schaeffer.** Untersuchungen über Anomalien der Placentastructur hypoplasticher Uterus und deren Folgen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVI, Hft. 1, p. 1. — **Sfameni (P.).** La placenta marginata e la sua genesi. *Archivio italiano di Ginec.*, 1905, n° 5, p. 193. — **Sfameni.** Sulla natura esclusivamento epiteliale delle vescicole nella mola idatigena. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 6, p. 618. — **Sheuk.** Ueber die Vermehhrung der Hœmaglutinie im Wochenbett. *Munch. med. Wochensch.*, août 1905, p. 1623.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Ferroni.** Osservazioni intorno alla legge di adattamento utero-feto-placentare. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 6, p. 598. — **Sobrecasas.** Higiene de la mujer embarazada. *Revista Obstetrica*, 1905, n° 3, p. 106.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Acconci (G.).** Gravidanza gemellare monocoria con feto papiraceo. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 7, p. 16. — **Roberts.** A case of Quadruplets. *British med. J.*, septembre 1905, p. 629.

DYSTOCIE. — **Doléris.** Fibrome utérin incarcéré ; grossesse, hystérectomie, guérison. *La Gynécologie*, juin 1905, p. 193. — **Hirigoyen.** — Fibrome dystocique du segment inférieur de l'utérus. Opération césarienne à terme et hystérectomie subtotale. *J. de méd. de Bordeaux*, août 1905, p. 591. — **Werth.** Beitrag zur Kenntniss der Nebenhornschwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXVII, Hft. 1, p. 48.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Brickner.** An analytical and clinical Study of thirty Cases of Ectopic Gestation. *Med. News*, août 1905, p. 289. — **Harry.** Report of two Cases of Ectopic Gestation and a Case of Gastric Ulcer. *The Am. J. of med. Sc.*, juillet 1905, p. 100. — **Wiener.** Ein Fall von ausgetragener extra-uterine Schwangerschaft. *Munch mediz. Wochensch.*, juillet 1905, p. 1283.

FŒTUS, NOUVEAU-NÉ, TÉRATOLOGIE. — **Fischer.** Ueber ein Embryom der Wade. *Munchener med. Wochensch.*, août 1905, p. 1569. — **Förster.** *Kritische Besprechung der Ansichten üb. die Entstehung v. Doppelbildungen*, 1905, Würzbourg. — **Ihl.** Eine seltene Missbildung der Urogenitalsystems eine totgeborenen Mädchen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 373. — **Jolly.** Ueber Geburt und Trennung von Xiphopagen. *Zeitsch. f Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 401.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Bardeleben.** Intorno al metodo Bossi. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 6, p. 637. — **Fry.** Vaginal cœsarean section, its indications, advantages and technique. *Surgery, Gynec. a. Obst.*, 1905, n° 1, p. 58. — **Gauss.** Zange am Steiss. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LVII, p. 502. — **Kallmorgen.** Fibrom und Ovarialtumoren als Indikation zum Kaiserschnitt. *Zeitsch. of Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 486. — **Sinclair.** The Methods of artificially dilating the pregnant and parturient Uterus. *The J. of Obst. a Gyn. of the British Emp.*, septembre 1905, p. 149. — **Spencer-Sheill.** The Induction of Labour. *British med. J.*, juin 1905, p. 1372. — **Voohrees.** A Report of seven Cesarean Sections. *Am. J. of Obst.*, août 1905, p. 161.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Bumm.** Zur operativen Behandlung der puerperalen Pyämie. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 27, p. 829. — **Byers** (J.). The Pathologie and Treatment of Eclampsia. *The Lancet*, septembre 1905, p. 747. — **Clivio.** Considerazioni cliniche intorno ad alcuni casi di grave anœmia puerperale. *Annali di Ost. e Gynec.*, 1905, n° 6, p. 565. — **Hicks.** Typhoid Fever and Pregnancy with special Reference to fœtal Infection. *The Lancet*, juin 1905, p. 1491. — **Jardine** (J.). Clinical Notes of Consecutive Series of Cases of eclampsia. *The J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, 1905, n° 1, p. 14. — **Leicester.** A case of Eclampsia with Death on the seventeenth Day of the Delivery from General Septic Peritonites due to Rupture of an Abcess of the Spleen. *The Lancet*, septembre 1905, p. 318. — **Levi** (G.). Die due casi di grave anemia puerperale. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1905, n° 7, p. 404. — **Liepmann.** Zur Aetiologie der Eklampsie. *Munchen med. Wochensch.*, avril 1905, 687. — **Malsbarj.** Tuberculosis and Pregnancy. *Am. J. Obst.*, juillet 1905, p. 28. — **Mc Cann.** On the Treatment of Puerperal Infection. *The Lancet*, mai 1905, p. 1403. — **Mc Donald.** Toxemia of pregnancy with vomiting. *The Am. J. of Obst.*, sept. 1905, p. 321. — **Newell.** Treatment of Eclampsia. *Am. J. Obst.*, septembre 1905, p. 339. — **Oliver** (J.). Missed Labour and missed Abortion. *Edinb. med. J*, août 1905, p. 153. — **Opitz.** Die Pyelonephritis gravidarum u. puerperarum. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 208, — **Prüsmann.** Die Spontanruptur in der alten Kaiserschnittnarbe. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd. LV, p. 415. — **Reiche.** Tuberkulose und Schwangerschaft. *Münchener mediz. Wochensch.*, juillet 1905, p. 1331. — **Ruge.** Ueber die künstliche Unterbruchung der Schwangerschaft wegen starken Erbrechens u. Schwindsacht. *Berliner klin. Wochensch.*, 1905, n° 33, 1035. — **Salge.** Kann eine an Scharlach erkrankte Mutter stillen ? *Berlin. klin. Wochensch.*, septembre 1905, p. 1149. — **Schmauch.** Diagnosis a. Treatment of Rupture of the Uterus. *Surgery, Obst. a. Gyn.*, 1905, n° 3, p. 260. — **Smith.** Pyelitis in Pregnancy. *J. of Obst. a. Gyn. of the British Emp.*, 1905, n° 2, p. 73. — **Stoeckel.** Ein weiterer Beitrag zur Hydrorrhæa Uteri amnialis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1905, Bd. LIV, Hft. 3, p. 413. — **Stone.** Some further Notes on the Toxemia of Pregnancy. *Med. Record*, août 1905, p. 295. — **Taylor.** On the Value of Colpotomie in the trombotic Form of Puerperal Fever. *The British gyn. J.*, mai 1905, p. 75. — **Veil.** Albuminurie in der Schwangerschaft und kunstliche Frühgeburt. *Berlin klin. Wochensch.*, 1905, n° 27, p. 852. — **Webster.** Appendicitis a. Pregnancy. *Surgery. Gyn. a. Obst.*, 1905, n° 1, p. 27. — **Williams.** Pernicious vomiting of Pregnancy. *Surgery, Gynec. a. Obst.* 1905, p. 41.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, ANESTHÉSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS — **Fischer.** Prevention and Treatment of puerperal Sepsis. *Med. News*, août 1905, p. 344. — **Tilman.** Lumbal Anesthesie mit Stovain. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 34, p. 1065.

VARIA. — **Babini.** Su due Casi di gravidanze in donne nefrectomizate. *Annali di Ost., e Ginec.*, 1905, n° 7, p. 34. — **Bergmann.** *Die Korperbau des normalen Weibes m. besoud. Berücksicht. des Graviditat-Stadium*. Berlin. — **Boxall** (R.). Mortality in Childbed both in hospital and in general practice. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1905, vol. XLVII,

p. 198. — **Davis**. Sudden Death during or immediatly after the termination of pregnancy or after operation on the pelvic organs in women. *Surgery, Gynec. and. Obst.*, 1905, n° 1, p. 29. — **Fellner**. Die psychiatrischen u. neurologischen Indikationen zur vorzeitigen Uterbruchung der Schwangerschaft. *Deutsche med. Zeitung*, août 1905, p. 749. — **Greene Cumston**. General Considerations on criminal Abortion. *Annals of Gyn. a. Ped.*, 1905, n° 8, p. 387. — **Gutzeit**. *Das « Verbrechen gegen das keim. Leben » od. die Fruchtabtreibg.*, Leipzig. — **Haultain**. Has obstetric Practice improved within the last twenty-five y ears ? *Edinb. med. J.*, juillet 1905, p. 39. — **Jeannin** et **Barlerin**. Des affections mammaires dans leurs rapports avec l'allaitement maternel. *L'Obstétrique*, juillet 1905, p. 319. — **Küstner**. Swierigkeiten bei der forenschischen Begutachtung von zurückgebliebenen Nachgeburtsteilen. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 27, p. 844. — **Kussner**. Ist die Kehlkopfhutuberculose als eine Indikation zur künstlichen Unterbruchung der Schwangerschaft anzusehen ? *Berlin. klin. Wochensch.*, 1905, n° 29, p. 901.

NOUVELLES

Un Comité s'est formé dans le but d'élever un monument à la mémoire du professeur Tillaux.

Il fait appel aux collègues, aux élèves, aux amis du maître, à tous ceux qui l'ont connu.

Le monument sera élevé dans un des hôpitaux de Paris.

Les souscriptions seront reçues par les membres du Comité ou à la librairie *Asselin* et *Houzeau*, place de l'École-de-Médecine, à Paris, jusqu'au 15 novembre prochain.

MEMBRES DU COMITÉ :

MM. Léon Labbé, membre de l'Institut, *président ;* Debove, doyen de la Faculté de médecine; Guéniot, vice-président de l'Académie de médecine; Ch. Périer, membre de l'Académie de médecine; Schwartz, président de la Société de chirurgie ; Quénu, directeur de l'amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux; Reclus, président de la Société des chirurgiens des hôpitaux ; Balzer, président de la Société médicale des hôpitaux ; Walther, membre du Consei de surveillance de l'Assistance publique.

MM. Reynier, membre de l'Académie de médecine ; Rieffel ; Témoin (de Bourges); Ziembicki (de Lemberg, Autriche) ; Stoïcesco (de Bucarest, Roumanie), anciens internes du professeur Tillaux ; Amodru ; Léon Houzeau, *trésorier*.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

G. STEINHEIL, Éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

VIENT DE PARAITRE

L'ŒUF HUMAIN

ET LES

PREMIERS STADES DE SON DÉVELOPPEMENT

ÉLÉMENTS D'EMBRYOGÉNIE

PAR

J. POTOCKI et **A. BRANCA**

Professeur agrégé à la Faculté de Paris
Accoucheur des hôpitaux.

Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris.

Avec une préface du professeur **A. PINARD**

1 volume in-8 grand-jésus de 196 pages avec 100 figures dans le texte et 7 planches en couleurs. Prix . . . . . 10 francs.

Ce livre a été écrit pour servir d'introduction à l'étude de l'obstétrique. Les auteurs y ont mis au point les questions principales qui, de près ou de loin, se rattachent à l'histoire de la fécondation et du développement de l'œuf. Ces questions sont encore insuffisamment connues des médecins, parce que les travaux qui s'y rattachent sont pour la plupart publiés dans des périodiques de science pure que les médecins et les étudiants n'ont pas entre les mains. Aussi a-t-il semblé à MM. Potocki et Branca qu'il y avait là une lacune utile à combler.

Leur intention a été d'écrire un livre sur le développement de l'œuf dans l'espèce humaine et non sur l'embryogénie en général ; ce sont donc les divers stades du développement de l'œuf humain qu'on trouvera exposés dans ce volume. Les auteurs étudient tour à tour : *les produits sexuels :* leur origine et leur valeur morphologique ; *l'appareil sexuel et la vie sexuelle :* l'ovulation et le corps jaune, la menstruation, les organes génitaux pendant la grossesse, l'appareil génital et le post-partum ; *les premiers développements de l'embryon :* la fécondation, la segmentation de l'œuf, la formation des feuillets embryonnaires ; *les annexes embryonnaires :* la vésicule ombilicale, l'amnios, l'allantoïde, le chorion, la fixation de l'œuf et la placentation, le cordon ombilical.

LEÇONS

DE

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

PAR

le Dr QUEIREL

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Marseille

DEUXIÈME SÉRIE

Préface de M. le Professeur A. PINARD

Un volume in-8 cavalier de 246 pages. Prix. . . . . 6 fr.

De la syphilis au point de vue obstétrical. — Syphilis placentaire. — Influence de la syphilis sur la grossesse. — Traitement de la syphilis congénitale. — Syphilis. — Influence réciproque de la grossesse et de la syphilis. — Syphilis et allaitement. — Du traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis. — Hystéropexie et puerpéralité. — Néphropexie. — Néphropexie et grossesse. — Kyste et grossesse. — Kyste de l'ovaire. — Grossesse triple. — Version par manœuvre externe. — Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. — Mort subite pendant la thoracentèse chez une femme grosse. — Phlébite gravidique et phlegmatia alba dolens. — Symphyséotomie. — Opération césarienne. — Indications de la symphyséotomie. — Accouchement spontané chez une femme rétrécie ayant déjà subi deux symphyséotomies. — Deux opérations de Porro. — Hystérectomie vaginale. — Péritonite suppurée. — Diagnostic différentiel de deux tumeurs de la fosse iliaque droite.

PARU PRÉCÉDEMMENT

Première série. *Un vol.* in-8 *de* 296 *pages.* Prix : 6 francs.

Supplément aux *Annales de Gynécologie.* — Octobre 1905.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De l'apiol.

L'apiol est le principe actif de la semence de persil, dont les propriétés emménagogues sont incontestables et reconnues par la plupart des auteurs qui l'ont étudié (Bouchardat, Bouchut, Siredey, etc.). Cette action est utilisée surtout dans la dysménorrhée, quand celle-ci doit être traitée, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une inflammation de l'utérus ou des annexes. L'indication principale est fournie par les règles douloureuses des jeunes filles, dont la *Gazette hebdomadaire* a étudié le traitement dans un article récent. Ajoutons que l'apiol se serait montré efficace dans les fièvres intermittentes de moyenne intensité (Manquat).

Doit-on donner le nom d'apiol au liquide oléagineux, non volatil, d'une coloration variant du jaune ambré au vert et même au vert brun, de saveur âcre et piquante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme? Ou bien ce liquide n'est-il autre chose qu'un produit complexe, dans lequel on peut isoler un principe actif cristallisable? Ce sont là des points qui ne sont pas encore définitivement tranchés et sur lesquels les opinions des chimistes varient avec leurs pays d'origine.

Tandis que l'apiol liquide semble ou plutôt semblait, il y a encore peu d'années, prévaloir en France et en Belgique, en Allemagne, au contraire, l'apiol cristallisé est adopté à l'exclusion des autres formes sous lesquelles il peut être obtenu.

La caractéristique de ce désaccord est fournie par ce fait assez curieux que quelques fabricants allemands qui, dans leur préparation de l'apiol, obtiennent le principe cristallisé à côté du principe liquide, se réservent le premier pour les besoins de la consommation allemande et livrent à la consommation française le principe liquide, qu'ils ne peuvent écouler chez eux.

Si l'on admet l'opinion qui prédomine en Allemagne et à laquelle de sérieux travaux des chimistes allemands ont ajouté un regain d'intérêt (*Annales de Merck*, 1896-98), l'apiol, chimiquement pur, serait un corps cristallisé en aiguilles blanches, fusibles à + 30°, bouillant vers + 300°, et, comme l'apiol liquide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et le chloroforme.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une façon bien formelle sur les données contradictoires fournies par la pharmacopée franco-belge d'une part, la pharmacopée allemande d'autre part. Le mieux est donc d'augurer, non de telle ou telle constitution chimique, mais seulement des effets thérapeutiques qu'on en a obtenus. Ici encore la clinique reste souveraine et c'est à elle qu'il faut s'en rapporter pour faire un choix entre les deux produits.

Or une expérience de plus de dix années semble établir que l'apiol cristallisé réunit au plus haut degré toutes les qualités requises de cette substance. Mais, pour cela, il est nécessaire que la préparation pharmaceutique soit obtenue de telle manière que les principes utiles de la semence de persil, cristallisables ou non cristallisables, s'y trouvent associés, à l'exclusion des substances féculentes ou résineuses dont il convient de débarrasser l'apiol. Leur présence modifie même le poids spécifique de l'apiol liquide, qui tombe au fond de l'eau ou surnage, selon les éléments étrangers qui peuvent s'être introduits ou maintenus dans la préparation par les dissolvants employés au traitement de la semence de persil.

Sans doute, la question est encore à l'étude; mais, comme le produit cristallisé a une action thérapeutique absolument identique au produit huileux complexe connu sous le nom d'apiol, *le praticien devra toujours prescrire de préférence l'apiol cristallisé*, qui lui donnera les garanties de pureté qui font défaut à la forme liquide dont la coloration, le poids spécifique varient avec les méthodes de préparation.

L'apiol s'emploie à la dose de 25 à 75 centigrammes par jour sous forme de capsules gélatineuses de 15 centigrammes de substance active *en solution huileuse*. C'est le seul mode pratique d'administration.

L'Usine Française (Goy et Cie) est la seule qui prépare cet apiol cristallisé, de pureté certaine.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE (PROFESSEUR JENTZER).

MOLE HYDATIFORME MALIGNE

MÉTASTASES CHORIO-ÉPITHÉLIOMATEUSES DANS LE POUMON. MORT PAR HÉMORRHAGIE INTRA-PÉRITONÉALE

Par le docteur **RENÉ KŒNIG**, M. R. C. S. England. L. R. C. P. London, Privat-Docent, Chef de clinique à la Maternité.

L'histogenèse du chorio-épithéliome (1) peut être considérée comme dûment établie. Mais, s'il est démontré que le chorio-épithéliome naît du revêtement des villosités choriales, l'origine de celles-ci est encore discutée. Le syncytium est-il de provenance fœtale, dérive-t-il en particulier des cellules de Langhans? Cela est infiniment probable, mais non prouvé.

De la pathogénie du chorio-épithéliome, nous ne connaissons que de peu définies relations avec la grossesse, normale ou môlaire. Les interprétations font totalement défaut pour expliquer le mécanisme qui doue d'une malignité sans égale une formation physiologique telle que les villosités choriales.

L'observation isolée qui fait le sujet de ce mémoire n'apporte aucun

(1) Je préfère, à toute autre dénomination, celle choisie par MARCHAND et acceptée par LANGHANS pour une néoplasie dont ces deux auteurs ont certes, entre tous, le droit de se considérer les parrains. Quoique « chorio-épithéliome » ne soit, à vrai dire, pas absolument exact, je ne vois pas la nécessité, tant que la pathogénie de cette tumeur ne sera pas connue complètement, de la rebaptiser épithéliome ectoplacentaire, placentome malin, ou plasmodiome malin. Quant aux noms de déciduome malin, sarcome déciduo-cellulaire et syncytiome malin, ils devraient être abandonnés définitivement, puisqu'ils ne sont dus qu'à une interprétation erronée de la pathogénie.

J'avoue n'être pas non plus satisfait par le terme « carcinome villomateux du placenta », proposé par M. Huguenin (V. le mémoire suivant). « Carcinome » implique une malignité absolue, aussi bien clinique qu'histologique. Or, ainsi que nous le verrons plus loin, la malignité anatomique du chorio-épithéliome est très difficile à établir.

éclaircissement à ces questions essentielles : il semblerait donc superflu de la publier, venant après les quelque 250 cas connus de chorio-épithéliome. Cependant l'intérêt qu'elle présente, au point de vue clinique aussi bien que pathologique, me paraît en justifier la communication.

Observation. — Clémentine M..., 46 ans, entre à la Maternité de Genève le 11 février 1904.

Antécédents. — Réglée à 13 ans, règles régulières, type de 4 semaines. Une fausse couche il y a 7 ans. Deux accouchements normaux, le dernier il y a 3 ans. Dernières règles le 10 décembre 1903, accompagnées de vomissements et de maux de ventre, et durant, au lieu de 2 jours comme d'habitude, jusqu'au 10 janvier. Les premiers jours de janvier, les pertes deviennent plus abondantes, des caillots et quelques membranes sont expulsés. Depuis le 10 janvier, les pertes ont cessé complètement, mais les douleurs abdominales vont en augmentant et le ventre se ballonne. La malade dit être sujette à des crises de dyspnée ; elle ne se croit pas enceinte.

État. — Le 11 novembre 1904 : Ventre fortement ballonné, douleurs spontanées dans tout le ventre, mais surtout à gauche. La défense musculaire intense que provoque l'examen ne permet pas de se rendre compte de l'état des organes abdominaux. Seins gonflés, aréolés, contenant du colostrum, souffle utérin très distinct, bruits fœtaux absents, vagin et museau de tanche violacés, ramollis. Col ayant toute sa longueur et fermé complètement. Rétrécissement mitral.

Le 13 novembre en l'absence de mon maître, le professeur Jentzer, que je supplée, je présente la malade anesthésiée à la leçon clinique. Même sous l'éther, il est difficile de reconnaître les contours de l'utérus. A la place de celui-ci et faisant corps avec la portion vaginale, je constate une tumeur flasque, molle, mobile, du volume d'un utérus gravide à 5 mois et demi à peu près. La consistance est uniforme et invariable (pas de variabilité de consistance ni de contractions partielles). Signe de Hegar présent. Pas d'écoulement sanguin. Pendant que la malade est examinée par quelques étudiants, survient un collapsus grave, nécessitant 10 minutes de respiration artificielle, dont la malade ne se remet que lentement. Nous attribuons ce collapsus à la lésion cardiaque et aux conditions peu hygiéniques des locaux dans lesquels nous sommes obligés de faire nos leçons.

Je me déclarai incapable de faire un diagnostic ferme. Une seule chose me paraissait certaine, c'était la grossesse intra-utérine, anormale évidemment. Si la malade disait vrai, si réellement elle avait eu ses règles pour la dernière fois un mois auparavant, l'évolution très rapide de la gravidité devait faire penser à une môle vésiculaire ou à un hydramnios avec ou sans grossesse gémellaire. Mais l'habitude que nous avons d'un service presque pour la moitié alimenté par des suites de manœuvres abortives nous rend sceptiques à l'égard des dires des malades. Notre première idée fut donc que les pertes abondantes du mois

de janvier étaient dues à des tentatives criminelles, restées infructueuses. Dans ce cas nous pouvions admettre une grossesse simple avec un fœtus mort. Les qualités spéciales de consistance de l'utérus et l'absence de fluctuation nette

Fig. 1. — Organes génitaux de la femme M..., moitié droite. Sur le fond utérin l'orifice de perforation, duquel s'échappe une vésicule pédiculée, déjà flétrie au moment de la reproduction photographique et, par conséquent, mal visible.

rendaient improbable l'hydramnios, mais s'expliquaient très bien dans les deux autres éventualités.

Quelques jours après, M. Jentzer examina à son tour la malade et conclut

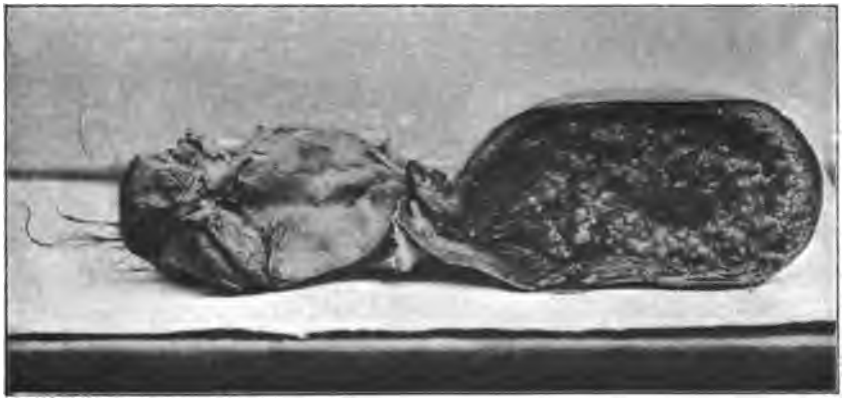


Fig. 2. — Même pièce. Surface de section médiane, montrant distinctement l'altération des parois utérines.

comme moi à l'impossibilité d'établir un diagnostic certain. Nous décidons d'attendre, pour intervenir, une indication précise.

Le 21 novembre, la malade a une crise de dyspnée aiguë dans son lit, son état général baisse. L'avortement est décidé.

Le 22 novembre au matin, dilatation du col à l'aide de bougies de Hegar,

puis tamponnement du segment inférieur et du col à la gaze iodoformée. Dans le courant de la journée surviennent quelques petites contractions, à peine appréciables. Le soir, pour activer le travail, je me dispose à introduire le ballon de Champetier de Ribes. En retirant la gaze, j'amène quelques vésicules caractéristiques. Le diagnostic s'impose ; mais avant qu'il soit possible d'intervenir, la malade est prise d'une crise de dyspnée maximale, avec tous les signes d'une anémie aiguë qui se terminent rapidement par la mort (8 heures du soir).

L'autopsie, pratiquée par M. Huguenin, premier assistant de l'Institut pathologique, donne les résultats suivants (1) : 3 litres de sang presque entièrement liquide dans le péritoine, provenant d'une perforation de l'utérus. Celui-ci, de 20 centimètres de longueur, sur 17 de largeur et 12 de profondeur, est bourré de vésicules baignant dans du sang ; ses parois, très amincies par places, farcies de toutes petites vésicules, sont perforées à deux endroits. L'une de ces ouvertures, située près de l'insertion de la trompe gauche, est manifestement ancienne ; l'autre, de date récente, près de la trompe droite, communique avec un vaste sinus sanguin et donne issue à quelques petites vésicules pédiculées. L'ovaire droit, du volume d'une grosse noix, contient une série de kystes hémorragiques, de dimensions variant d'une tête d'épingle à une noisette (voir fig. 1 et 2). L'ovaire gauche renferme un corps jaune de 5 millimètres.

Sténose mitrale.

Dans le poumon de nombreux noyaux à aspect néoplasique.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE, fait par M. Huguenin, permit de constater l'envahissement considérable de la couche musculeuse de l'utérus par un chorio-épithéliome bien caractérisé.

Les foyers pulmonaires, dont on trouvera la description détaillée dans le mémoire de M. Huguenin (1), sont nettement de nature chorio-épithéliomateuse. L'ovaire droit présente la dégénérescence qui accompagne souvent le chorio-épithéliome, génératrice d'après les uns, résultante d'après les autres, de la tumeur utérine.

L'ovaire gauche contient un corps jaune ancien, âgé de plusieurs mois au moins, d'après M. Huguenin.

Cette observation mérite par plusieurs points de retenir notre attention quelques instants. La présence dans un utérus d'un chorio-épithéliome avec une môle hydatiforme *in situ* n'est pas fréquente. Je la trouve notée 4 fois seulement dans la statistique de Briquel (2), la plus complète jusqu'à présent. Je laisse à M. Huguenin le soin d'établir la nature histologique de la néoplasie utérine et des métastases pulmonaires. Nous sommes évidemment en présence d'une forme de môle hydatiforme « destructive », dont certaines parties présentent tous les caractères du chorio-épithéliome malin. Cette dernière particularité enlève quelque

(1) V. ces Annales.

(2) BRIQUEL, *Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires (placentomes malins)*. Paris, 1903.

intérêt à notre observation. En effet, si la néoplasie utérine ne montrait pas les débuts d'une dégénérescence chorio-épithéliomateuse, il s'agirait d'un cas extrêmement rare, puisque Risel (1) déclare unique l'observation de Solowij et de Krzysztowski : môle destructive ayant envahi tout l'utérus, veine ovarique droite complètement obturée par des vésicules, embolie de vésicules dans les branches de l'artère pulmonaire en voie de transformation chorio-épithéliomateuse.

Une origine commune explique les formes de transition entre la môle et le chorio-épithéliome. Risel, élève de Marchand, dans un mémoire fait sous l'inspiration de son maître en 1903 (1), en cite 4 cas et déclare leur identification délicate. « Étant données les formes intermédiaires multiples entre la môle vésiculaire bénigne ordinaire et sa variété destructive d'une part, entre cette dernière et le chorio-épithéliome malin de l'autre, il est souvent extraordinairement difficile, même impossible, de faire la différence entre le chorio-épithéliome et la môle destructive. » D'après Risel, il y aurait des môles que, malgré leur activité destructive très prononcée et malgré leur faculté de faire des métastases en tout point analogues à celles du chorio-épithéliome malin, on ne saurait considérer comme des chorio-épithéliomes. D'un autre côté, Veit (2) et Pick (3) relatent des observations de métastases bénignes constituées par de simples embolies de villosités parties de tumeurs malignes. Ce qui vient encore compliquer l'appréciation de la virulence du chorio-épithéliome, c'est que, ainsi que Marchand (4) l'a prouvé, des reliquats néoplasiques peuvent être neutralisés par l'organisme et disparaître complètement.

Il est évident que cette question du degré de malignité est d'un intérêt extrême, indépendamment de la valeur pratique qu'elle aura pour diriger notre conduite. Hœrmann (5) y consacre tout récemment un mémoire. Reprenant tous les critères invoqués précédemment par Neumann, Ruge, Durante, Kworostansky, Butz, etc., comme distinctifs de la mali-

---

(1) Risel, *Ueber das maligne Chorioepitheliome*, etc. Arbeiten aus den pathol. Institut zu Leipzig.

(2) Veit, Syncytiolyse u. Haemolyse. *Zeitsch. für Geb. u. Gyn.*, 1903, n° 2.

(3) Pick, Von der gut. u. bösartig metastasierenden Blasenmol. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n°s 49 et 50.

(4) Des nombreux travaux de Marchand, je ne citerai que son dernier mémoire, paru dans le *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, July, 1903, dans lequel il résume ses opinions sur la question du chorio-épithéliome.

(5) Hœrmann, Zur Frage der Bösartigkeit u. über Spontan. Heilungen von Chorioepitheliomen. *Hegar's Beiträge*, 1904, 3.

gnité, il en démontre successivement l'inanité et conclut avec Marchand que « le diagnostic ferme de la malignité d'un chorio-épithéliome ne peut être fait qu'une fois que le cas a évolué. Ni l'histologie, ni la clinique ne nous fournissent des critères permettant d'établir un pronostic définitif. » De même, pour Briquel (*loc. cit.*, p. 152), le diagnostic histologique de la malignité de la môle est impossible par l'étude de la môle elle-même. « La malignité d'une môle vésiculaire ne peut être déduite d'examens histologiques, quelque consciencieux fussent-ils; elle sst une résultante des symptômes cliniques et ne peut être que corroborée, confirmée par le microscope. » Enfin Krukenberg (1), après avoir constaté qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de critères permettant de distinguer une môle bénigne de sa variété maligne, estime fausse la pratique consistant à évaluer la malignité d'après l'évolution seulement.

Pour l'observation qui fait le sujet de ce mémoire, l'évolution, l'envahissement des parois utérines, la généralisation ne laissent aucun doute sur la malignité du processus, quoique le diagnostic n'ait pu en être fait *intra vitam*. Les débuts de l'histoire de notre malade sont obscurs. La néoplasie utérine a-t-elle commencé par une môle hydatiforme bénigne, transformée ultérieurement en chorio-épithéliome? était-elle d'emblée douée de propriétés destructives, et dans ce cas à quel moment et sous quelle influence ces propriétés se sont-elles déchaînées? Il est impossible de le dire.

Les rapports de la môle et du chorio-épithéliome sont loin d'être élucidés. On sait depuis longtemps que la môle vésiculaire « est à considérer comme un facteur étiologique de premier ordre » (Briquel). En analysant 217 cas de chorio-épithéliome, Briquel trouve la néoplasie précédée

Par un accouchement normal dans . . .	49 cas	
Par un avortement dans	73 —	
Par une grossesse dans.	5 —	
Et par une môle vésiculaire dans . . .	90 —	= 41,5 p. 100.

Ce dernier chiffre est estimé à 39,8 p. 100 par Teacher (2); certains auteurs donnent, par contre, jusqu'à 53,8 p. 100. D'une façon générale, nous pouvons donc dire que, dans presque la moité des cas, le chorio-

(1) KRUKENBERG, Uber die Diagnose des malignen chorioepithelioms, etc. *Zeitsch. für Geb. u. Gyn.*, 1904, LIII, 1.

(2) TEACHER, On Chorio-epithelioma, etc. *Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, July, 1903.

épithéliome est précéde d'une môle. Mais les
moins explicites sur la relation inverse, c'est-à-d
môles donnant lieu au développement d'un chori
ral, les auteurs se bornent à indiquer la fréquenc
à la grossese normale. Elle est de 1 : 728 (Gebh
(Williamson) (1). La Torre (2) dit bien que les s
en mettant en ligne de compte toutes les complic
ovulaire, n'atteignent guère que 13 p. 100 des ca
n'équivaut pas à chorio-épithéliome. Les seules
trouver à ce sujet me sont fournies: 1° par de Sén
résultats éloignés de 49 grossesses môlaires: 35
tive put être constatée, 3 fois (soit dans 8,6 p. 1
siculaire fut suivie de chorio-épithéliome; 2° par Be
si j'ai bien compris le texte un peu obscur, la pro
au-dessus de 1 chorio-épithéliome pour 1.000 môl
beaucoup trop petit si je m'en rapporte aux noti
expérience personnelle, bien restreinte il est vrai
je n'ai observé que 4 môles (plus une trop récent
les suites), dont 2 ont été suivies d'un chorio-é
opéré par moi en 1899 et décrit par Langhans (
de l'observation présente).

Quant à l'*évolution* de notre cas, j'avoue avoir
doute s'il fallait la qualifier d'excessivement rapi
ment lente. De prime abord, si l'on s'en rapporte
la rapidité de la marche ne peut faire question.
connaissances sur la môle datent d'une époque à
théliome était ignoré.

Il est admis qu'il faut une grossesse en voie d'
éléments syncytio-cellulaires donnent, par leur dé
hydatiforme. Cependant, depuis que, entre la m
liome, on ne voit plus que des différences qua
permis de supposer que la môle, ou du moins certai
susceptible d'un développement analogue à celui

(1) Cité d'après TEACHER.
(2) Cité d'après BRIQUEL.
(3) DE SÉNARCLENS, *Contribution à l'étude de l'épithéliome ma*
Lausanne, 1902.
(4) *Hegar' Beiträge*, V.

Pour ce dernier, nous savons que le fil qui le relie à la grossesse est souvent bien ténu et long. Quelques rares fois, il est vrai, le chorio-épithéliome a été vu pendant la grossesse ; même le plus souvent il se manifeste quelques semaines après que celle-ci s'est terminée normalement ou prématurément. Cette période intermédiaire peut se prolonger presque indéfiniment, puisqu'on a vu la néoplasie survenir 2 (1), 3 (2), 6 (3), 7 (4), peut-être même 9 (5) ans après la grossesse môlaire ou normale. Il suffit pour cela que quelques éléments syncytio-cellulaires, derniers vestiges d'une enveloppe fœtale expulsée depuis longtemps, sortent de la vie obscure qu'ils menaient jusque-là dans la cavité utérine et se mettent à proliférer. Un fait analogue ne se produirait-il pas dans les môles voisines du chorio-épithéliome, et certaines « grossesses môlaires » ne devraient-elles pas être interprétées comme de véritables tumeurs môlaires simulant la gravidité et remontant, en réalité, à une grossesse antérieure? Ainsi s'expliquerait l'absence d'un corps jaune récent, qui n'est pas propre à notre seule observation. Jusqu'à nouvel ordre, il est plus conforme à l'expérience d'admettre dans notre cas une véritable grossesse môlaire à évolution excessivement rapide et d'emblée maligne.

Au point de vue clinique, la discrétion des *symptômes* du début est à noter. Sans avoir eu de signes quelconques de grossesse, la patiente est prise, au moment de ses règles, de pertes qui durent un mois, puis cessent complètement. Les douleurs ressenties depuis lors et fortes surtout à gauche correspondent évidemment à l'envahissement progressif de la paroi utérine, marqué particulièrement du côté gauche. C'est là que se produit la première perforation (au moment de l'examen sous l'éther?), entraînant une hémorragie interne insignifiante puisqu'elle ne peut être décelée par la percussion. Il est curieux qu'à ce moment l'hémorragie externe ait complètement rétrocédé et que l'avortement n'ait pas eu lieu. Peut-être la néoplasie a-t-elle marché si rapidement à travers l'utérus que ses vaisseaux ont été oblitérés avant d'avoir eu le temps de saigner et que le muscle, trop affaibli pour se contracter d'une façon efficace, n'a pu ouvrir le col et expulser le contenu. La dilatation artifi-

(1) Obs. n° 83 de Briquel (*loc. cit.*).
(2) Obs. n°s 94, 251 de Briquel. Obs. de de Sénarclens (*loc. cit.*).
(3) Obs. n° 221 de Briquel (cas douteux).
(4) Obs. de Smallwood-Savage. *Brit. med. Journ.*, 1904, novembre, p. 1393.
(5) Obs. n° 250 de Briquel (cas douteux).

cielle du col éveille quelques légères contractions, suffisantes toutefois pour faire céder une deuxième fois, cette fois-ci à droite, les quelques fibres musculaires et le gros vaisseau qui constituent, à cet endroit, la paroi utérine et pour déchaîner le cataclysme final. L'inondation péritonéale consécutive à la perforation d'un chorio-épithéliome dans le péritoine a été décrite plusieurs fois. Hœrmann (1) réunit 7 cas de rupture spontanée (ou survenant au cours d'un examen gynécologique) avec hémorragie interne. Parmi ces 7 cas, 2, celui de Jacubasch (1881) et celui de Zahn (1884), sont antérieurs à la découverte du chorio-épithéliome, mais sont rangés par Hœrmann dans cette catégorie de tumeurs. Outre ces 7 observations, Hœrmann en relate 3 d'hémorragie intrapéritonéale amenée par la même cause : 2 fois l'utérus fut perforé par la sonde (Marchand-Everke et Fleischmann), 1 fois par la curette (Menzel). Dans ces 3 cas, Hœrmann invoque la friabilité excessive de l'organe rongé par la tumeur pour expliquer la perforation de l'instrument. Hœrmann lui-même a observé un huitième cas : des signes d'hémorragie interne survenant pendant l'examen d'une malade chez laquelle il soupçonnait une grossesse tubaire ; il pratiqua, séance tenante, une laparotomie. A l'utérus était accolée une tumeur, qu'il prit tout d'abord pour une poche fœtale interstitielle, mais que l'examen microscopique démontra être un chorio-épithéliome. La malade succomba au « marasme », 3 mois et demi après l'hystérectomie supravaginale. Hœrmann a cherché à savoir quel était le résultat d'une hémorragie péritonéale due à la perforation d'une tumeur de Marchand. Dans 4 cas non opérés, la mort survint par anémie interne. Des 4 malades opérées, l'une succomba le jour de l'opération, 3 fois les suites immédiates furent bonnes.

En plus des 8 cas de Hœrmann et du mien, il y aurait à citer :

1° Un cas de Henkel (2) : grossesse interstitielle (tubo-utérine) môlaire, môle bénigne, perforation dans la cavité abdominale ;

2° Un cas de Schmorl (3) : hémorragie mortelle provenant d'une néoplasie chorio-épithéliomateuse d'origine extra-génitale (tumeur du foie avec métastases dans l'utérus, la tumeur primitive siégeant, d'après l'au-

---

(1) Ruptur eines Chorioepithelioms mit schwerer intraperitoneale Blutung. *Hegar's Beiträge*, 1904, VIII, 3.

(2) Communication à la *Société de gynécol. et d'obst. de Berlin*, séance du 27 mai 1904. *Zeitschr. für Geb. u. Gyn.*, 52, 3, p. 501.

(3) Communication à la *Soc. de gynécol. de Dresde*, séance du 17 mai 1900.

teur, dans le poumon où elle s'était greffée sur des éléments placentaires amenés par le courant sanguin) ;

3° Un cas de Wilton (cité d'après Teacher, p. 153) : môle hydatiforme maligne, hémorragies internes répétées. Mort par rupture de l'utérus et hémorragie dans le péritoine au quatrième mois de la grossesse.

J'ai déjà relevé l'atypie des symptômes de notre cas, atypie qui explique que nous n'ayons pu faire de diagnostic en temps utile. Les hémorragies du mois de janvier pouvaient être interprétées comme un début d'avortement ou une conséquence de manœuvres criminelles, d'autant plus qu'elles avaient cessé complètement. Lorsque le diagnostic put être fait grâce à l'expulsion de quelques vésicules, l'abondance de l'hémorragie interne survenue brusquement ne permit plus d'intervenir. Et on nous excusera de n'avoir même pas tenté *in extremis* une laparotomie ou une hystérectomie vaginale d'emblée, vouée à l'insuccès, pour des raisons humanitaires d'abord, ensuite pour les mêmes motifs qui ont dicté leur conduite à MM. Pinard et Varnier quand ils s'abstinrent d'extraire le placenta chez une femme à l'agonie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES TUMEURS ÉPITHÉLIALES DU PLACENTA

Par le docteur **HUGUENIN**, privat-docent, 1er assistant à l'Institut pathologique de Genève

---

I

L'étude anatomique des tumeurs placentaires est récente, si nous faisons abstraction de celle des môles hydatiformes. On a décrit dans le placenta des fibromes, des myxomes, des hæmangiomes et des tumeurs épithéliales malignes (chorio-épithéliomes, Marchand).

La môle hydatide est connue depuis fort longtemps. Macroscopiquement elle a été fort bien étudiée par Cruveilhier dans son *Atlas* qui contient la meilleure description que je connaisse. Virchow, tout en reconnaissant qu'il y a une prolifération de l'épithélium dans cette lésion, en fit cependant une tumeur du tissu de soutènement des villosités, avec transformation en tissu conjonctif muqueux de celui-ci; c'est pourquoi il l'appela myxome. Volkmann étendit nos connaissances de la môle hydatiforme en communiquant des cas de môle hydatiforme pénétrant dans les veines de la paroi utérine; il appelait cette variété de môle hydatiforme : *destruirende Blasenmole*. Une élève de Langhans, Chaletzky (1889), puis Marchand, Orth, Neumann, Durante démontrèrent que le phénomène prépondérant de la môle hydatiforme est une prolifération de l'épithélium qui recouvre les villosités, et que la formation de kystes dans le tissu conjonctif et l'œdématisation de celui-ci ne sont qu'un phénomène secondaire.

Depuis une quinzaine d'années, on étudie avec passion, pourrait-on dire, une tumeur maligne siégeant dans l'utérus et qui s'y développe, soit après grossesse abortive ou arrivée à terme, soit après l'ablation d'une môle hydatide, c'est-à-dire, en résumé, après la formation d'un placenta. L'histogenèse de ces tumeurs a donné lieu à beaucoup de discussions. Sänger (1890) faisait dériver cette tumeur du tissu conjonctif de la mu-

queuse utérine prenant part à la formation de la caduque, et il la désignait sous le nom de déciduome (ou aussi sarcome de la caduque). Gottschalk (1893) plaçait le point de départ de cette tumeur dans le tissu conjonctif des villosités et il l'appelait sarcome des villosités (aussi sarcome déciduo-chorio-cellulaire). Marchand (1895) démontra, par des recherches microscopiques très minutieuses, que les éléments si particuliers de la tumeur étaient identiques à ceux qui recouvrent les villosités, et qu'il y a dans cette tumeur des cellules rappelant soit le syncytium, soit la couche des cellules cubiques de Langhans. Langhans, Fränkel avaient, antérieurement à Marchand, reconnu cette histogenèse; Durante le fit aussi indépendamment de lui, mais une année plus tard seulement. Marchand appela cette tumeur chorio-épithéliome, et cette dénomination a prévalu dès lors, quoique beaucoup de noms aient été proposés pour la désigner ; ceux-ci sont : épithéliome ecto-placentaire, carcinome syncytial, carcinome chorial, carcinome chorio-syncytial placentome malin.

Dans la suite, tous les auteurs ont accepté la manière de voir de Marchand, sauf Pfannenstiel, qui fait dériver cette tumeur de l'épithélium des vaisseaux sanguins de la mère. Enfin Schlangenhaufer et Risel ont décrit dans l'ovaire et le testicule des formations ayant tous les caractères des chorio-épithéliomes.

Observation (personnelle). — Pour les détails cliniques, voir le travail du docteur Kœnig :

Autopsie. — Femme de taille moyenne avec rigidité cadavérique peu marquée. Pannicule adipeux peu développé. Il n'y a presque pas d'hypostase. Les muqueuses (conjonctives, bouche, organes génitaux externes) sont pâles.

A l'ouverture de la cavité péritonéale, il s'écoule du sang liquide en assez grande quantité; l'abdomen en contient environ 3 litres, celui qui se trouve dans les parties déclives est coagulé ; le fond de l'utérus atteint à peu près l'ombilic. Le diaphragme est refoulé de chaque côté d'un espace intercostal ; à gauche, il atteint le bord inférieur de la quatrième côte; à droite, il remonte jusqu'au bord inférieur de la troisième côte.

Après l'enlèvement du plastron thoracique, on remarque que le péricarde est visible sur une plus grande étendue que normalement. Le poumon gauche, qui est fortement rétracté, flotte librement dans un épanchement séreux ayant à peu près le volume d'un litre. Le poumon gauche est moins fortement rétracté que le droit, il est fixé en haut et en arrière par des adhérences fibreuses. La cavité pleurale droite contient environ 400 centimètres cubes de liquide séreux collecté dans la partie inférieure de cette cavité. La

quantité de liquide séreux contenue dans la poche péricardique est plus considérable que normalement.

Le cœur a une position normale. La pointe est formée à égales parties par les deux ventricules. Les deux oreillettes, le ventricule droit sont dilatés. Les deux orifices du cœur droit et l'orifice aortique ne présentent rien de particulier. La mitrale a des bords épaissis, ses valvules sont soudées l'une à l'autre; sur la face interne de celles-ci sont plantées quelques excroissances verruqueuses peu volumineuses ; les muscles papillaires et les tendons de cette valvule sont raccourcis et épaissis. L'orifice est notablement rétréci, il permet juste l'introduction d'un doigt.

Le poumon gauche est petit, surtout le lobe inférieur, dont la plèvre, quoique ridée, réfléchit bien la lumière ; ce lobe contient notablement moins d'air que le lobe supérieur. A la coupe on reconnaît que le parenchyme pulmonaire est exsangue. Légère anthracose. Immédiatement sous la plèvre ou à quelque distance de celle-ci, des nodules ayant à la surface du poumon une couleur rouge foncé bleuâtre ; ces foyers ont une consistance notablement plus dure que celle du tissu avoisinant. Leur volume est variable : les plus petits ont 2 ou 3 millimètres de diamètre; les plus grands, 4 à 5. A la coupe, ils ont un aspect rouge, légèrement, irrégulièrement bosselé, un peu sec, rappelant un peu un infarctus. Les artères contiennent seulement du sang.

Le poumon droit a tout à fait le même aspect que le gauche, sauf que les signes d'atélectasie du lobe inférieur sont moins prononcés que dans l'autre poumon. On y retrouve les mêmes nodules qu'à gauche, mais les dimensions de ceux-ci sont plus considérables : ils ont quelquefois un diamètre atteignant presque 1 centimètre. La limite de ces grands nodules, qui, comme les plus petits, sont à peu près sphériques, est un peu moins nette que celle de ceux de dimensions moindres.

Le rein gauche a une capsule qui se décortique facilement, mais un peu de substance corticale y reste adhérente. La surface est un peu bosselée. Le rein est petit. A la coupe on reconnaît de l'anémie et quelques foyers jaunâtres troubles dans la substance corticale (dégénérescence graisseuse).

Le rein droit est comme le gauche.

L'aorte ne présente rien de particulier.

L'œsophage, la vessie, le rectum, l'intestin sont fortement anémiques.

La rate est adhérente à plusieurs endroits, elle est petite, flasque. La pulpe est pâle, nulle, presque diffluente.

L'utérus est à peu près sphérique, il est mou. Le col a une longueur de 5 centimètres. La distance de l'orifice interne au fond de l'utérus est de 17 centimètres, celle d'une trompe à l'autre 20 centimètres, le plus grand diamètre antéro-postérieur est de 12 centimètres. La séreuse pelvienne, tant dans sa partie pariétale que dans la partie qui recouvre l'utérus, est un peu épaissie. En avant de l'insertion de la trompe gauche, qui se trouve à 6 centimètres au-dessous du fond de l'utérus, il y a un nodule pédiculé sur la surface

externe de l'utérus. Ce nodule a la grandeur d'une noix, l'aspect et la consistance d'un thrombus ; à la base il y a le commencement d'une organisation.

Dans le voisinage de l'intestin, de la trompe droite, dont la situation par rapport au fond de l'utérus est tout à fait semblable à celle de l'autre côté, il y a un polype flottant librement à la surface de l'utérus ; lorsqu'on a débarrassé celui-ci des caillots sanguins qui le recouvrent, on constate qu'il est constitué par plusieurs corpuscules ayant la forme de massue et un pédicule très fin, presque comme du fil. Cette formation est de couleur jaunâtre transparente, donc des vésicules de môle hydatiforme. Un stylet, introduit à côté du pédicule de cette formation, pénètre dans une cavité, de laquelle s'écoule du sang liquide.

Des nodules analogues à ceux qui flottent sur la surface de l'utérus, près de la trompe droite, pendent aussi à l'orifice externe de l'utérus.

Au moment où l'on fait une coupe à travers l'utérus, il s'en écoule du sang liquide. Celui-ci contient quelques vésicules hydatiformes ayant un diamètre de 4 à 5 millimètres. Elles sont complètement transparentes et elles ont une teinte légèrement jaunâtre. A la piqûre il s'en écoule quelques gouttes de liquide à peu près incolore, qui ne donne pas de précipitations par l'acide acétique.

La paroi utérine est mince. Elle est blanche, résistante, un peu dure. L'épaisseur est variable ; au maximum, elle mesure 4 à 5 millimètres ; à certains endroits, elle a seulement 1 à 3 millimètres. Au milieu de la musculature, on voit des points gros comme des têtes d'épingles, transparents, qui ont une grande ressemblance avec les vésicules hydatiformes dont il a été déjà parlé à deux reprises. La surface de l'utérus est très irrégulière. Elle sert d'insertion à de nombreuses vésicules hydatiformes qui remplissent la cavité de l'utérus.

En effet, celle-ci est complètement bourrée d'innombrables vésicules hydatiformes. Les dimensions de celles-ci sont très diverses. Les plus petites sont encore juste visibles à l'œil nu. Les plus grandes ont un diamètre de 6, 7, 8, millimètres. Très peu nombreuses sont celles qui ont un diamètre de 1 centimètre. Les unes sont sessiles et directement appliquées contre la paroi de l'utérus ; les autres ont un pédicule qui a quelquefois une longueur de plusieurs centimètres. Le pédicule est très fin, il n'a pas 1 millimètre d'épaisseur. Le même pédicule peut porter plusieurs vésicules.

L'ovaire gauche est quelque peu adhérent à la masse voisine de l'insertion de la trompe gauche. Il contient plusieurs kystes de petites dimensions et un corps jaune de 4 à 5 millimètres à la coupe.

L'ovaire droit contient également des kystes. Les plus grands sont gros comme des noisettes, les plus petits sont gros comme des noyaux de cerise et même plus petits. Le contenu de ces kystes est, ou bien du sang coagulé, ou un liquide séreux ou tout à fait incolore, ou légèrement jaunâtre.

Les organes génitaux externes sont pâles.

Examen microscopique. — A. *Les corps pédiculés de l'utérus.* — Les vésicules voisines de l'utérus sont constituées par du tissu conjonctif et un revêtement épithélial. Le tissu conjonctif est lâche, il est peu riche en cellules et en

fibrilles. Les cellules ont généralement peu de protoplasme, elles sont rondes ou étoilées. Leur noyau est rond. Les fibres conjonctives sont légèrement ondulées, elles s'entre-croisent un peu, le plus souvent elles sont isolées, elles forment rarement des faisceaux. Dans les corps pédiculés de grandes dimensions, le centre est occupé par une cavité plus ou moins considérable. Les bords de cette cavité sont sinueux, comme déchiquetés; ceci indique que cette cavité provient de la confluence de plusieurs petites cavités qu'on retrouve en effet dans les formations plus petites ; il y en a aussi où la cavité est comme cloisonnée. Le tissu qui l'entoure immédiatement, ainsi que les travées qui la subdivisent, est en voie de nécrose, les noyaux ont complètement disparu ou sont en voie de destruction, les fibrilles conjonctives sont diffusément colorées par l'hématoxyline. Le liquide contenu dans ces cavités ne prend pas de matières colorantes. L'addition d'acide acétique n'a pas provoqué de précipitation.

Ces formations ne contiennent pas ou, plus justement, contiennent très peu de vaisseaux. Il y a par ci, par là quelques foyers de globules rouges extravasés.

Comme je l'ai dit plus haut, le revêtement épithélial manque à la surface des vésicules de grandes dimensions qui sont éloignées de la paroi utérine. Il peut aussi manquer à la surface des vésicules qui sont à proximité ou même au sein du tissu musculaire lisse de l'utérus. Il n'est pas même partout où il existe. Il est disposé en couche ou en amas.

L'épithélium peut être disposé en une ou deux couches. Lorsque l'épithélium n'a qu'une couche, on n'y reconnaît pas de limites cellulaires, il y a une masse protoplasmatique granuleuse fortement colorée, contenant des noyaux ronds, qui sont également très chromatophiles. Là où l'épithélium a deux couches, on y voit entre le tissu conjonctif et une couche syncytiale, comme je viens de la décrire plus haut, une couche de cellules plus claires à limites cellulaires légèrement indiquées, à noyaux plus pâles que ceux de la couche précédente.

Les amas de cellules sont plus ou moins considérables. Il arrive qu'on peut compter là plus de dix rangées de noyaux, en allant de la surface libre au tissu conjonctif.

Ceux-ci sont, ou bien grands et clairs comme ceux de la couche des cellules cubiques, ou petits et foncés comme ceux de la couche syncytiale. On trouve aussi des intermédiaires. Il y a de ces amas constitués seulement par l'une de ces variétés de cellules, d'autres où elles sont mélangées. Il y a aussi, entre mêlés à ces cellules, des leucocytes mous et polynucléaires. Les limites cellulaires sont peu nettes. Dans ces amas il y a des cellules qui contiennent des vacuoles, celles-ci peuvent être si nombreuses que la formation en prend un aspect réticulé; à ces endroits les noyaux sont peu visibles. Ici et là les noyaux sont agminés et entourés d'une zone de protoplasme homogène, ce qui donne l'apparence de cellules géantes.

B. *La paroi utérine.* — La séreuse ne présente rien de particulier. La musculature est peu développée. Dans les coupes microscopiques la musculature a

l'aspect de la musculature d'un utérus d'une femme âgée, c'est-à-dire que les fibres musculaires sont étroites et que les faisceaux sont séparés par une couche relativement épaisse de tissu conjonctif. Les parois des vaisseaux qui s'y trouvent sont relativement épaisses. La musculature n'a pas cet aspect normal partout. Les noyaux ont disparu par places. La fibre ne prend plus l'éosine, mais bien un peu d'hématoxyline, elle a un aspect hyalin, elle a une épaisseur moindre que normalement.

Je n'ai retrouvé nulle part de trace de muqueuse. Certains vaisseaux sanguins sont remplis de masses ayant tout à fait le même aspect que les corps que j'ai décrits plus haut. Ceux qui ont conservé l'épithélium qui les enveloppe sont normaux, c'est-à-dire que les éléments cellulaires dont ils sont formés sont bien visibles et en bon état. D'autres sont nécrosés, ceux-ci ont perdu l'épithélium qui les recouvre, on n'y reconnaît plus aucune cellule, mais seulement quelques fibrilles plus ou moins nettes. C'est dans le voisinage de ces masses, que celles-ci soient bien conservées ou non, qu'on voit la dégénérescence de la musculature dont il est parlé plus haut.

Des éléments épithéliaux, comme ceux que j'ai décrits à la surface des corps flottant dans la cavité utérine, se trouvent non seulement à la surface des formations remplissant les vaisseaux, mais aussi à divers endroits de la paroi utérine. On les rencontre dans les travées conjonctives inter-fasciculaires et même à l'intérieur des faisceaux de fibres musculaires. Ils y sontisolés ou en groupes. Les cellules épithéliales ont un protoplasme très net; au centre de celui-ci, il y a le noyau ou les noyaux. S'il y a un seul noyau, celui-ci est grand, clair, avec un nucléole très net; le diamètre de ces grands noyaux est quelquefois 6 à 8 fois plus grand que celui d'un globule sanguin. Au centre d'autres cellules, il y a plusieurs noyaux (8, 10 ou même plus); ceux-ci sont plus petits, 2 à 4 fois plus grands qu'un globule rouge. Les grands noyaux sont souvent ovalaires, les petits sont toujours ronds. Ces cellules épithéliales se rencontrent non seulement à la surface des corpuscules ayant pénétré dans les vaisseaux et dans le tissu interstitiel et les faisceaux de fibres musculaires, mais aussi dans la paroi des vaisseaux sanguins et lymphatiques. On voit des images très singulières : une cavité vasculaire est tapissée sur une moitié de son pourtour d'une couche de cellules normales, tandis que l'autre moitié est recouverte de cellules comme celles que je viens de décrire. A plusieurs endroits j'ai pu reconnaître que ces cellules avaient simplement soulevé l'épithélium vasculaire; à d'autres celui-ci avait disparu. Ces cellules épithéliales tapissant les parois vasculaires ne forment généralement qu'une couche. Par places elles forment des bourgeons qui font saillie dans la lumière.

Ces cellules ne forment jamais de cordons qui s'anastomosent, mais seulement des infiltrations plus ou moins diffuses, les cellules étant souvent assez éloignées les unes des autres. A certaines places, le tissu conjonctif renfermant de ces cellules est moins dense que dans le reste de la paroi utérine, les cellules se voient à peu près dans toute l'épaisseur de la paroi; cependant je ne les ai jamais vues dans la couche sous-séreuse, et elles sont le plus nombreuses dans

la partie de la paroi voisine de la cavité. Les corpuscules qui ont pénétré dans les vaisseaux se rencontrent jusque et sous la séreuse. La dégénérescence des fibres musculaires et la pénétration des corpuscules nous expliquent bien comment la perforation s'est produite.

C. *Métastases pulmonaires.* — L'examen microscopique de celles-ci a été fait, soit sur des coupes faites par congélation, soit sur des coupes de pièces enrobées à la colloïdine, soit dans des coupes en séries faites d'après l'excellente méthode de Langhans.

Je donnerai la description des coupes *isolées*, puis les résultats de l'examen.

Fixation des blocs dans un milieu quelconque, lavage de ceux-ci dans l'eau courante pendant 24 heures. Coloration des noyaux par l'hémaline, lavage dans l'eau courante pendant 24 heures. Enrobement à la colloïde comme de coutume après déshydratation. Puis on fait les coupes en lubréfiant la lame du microtome par de l'huile d'origan dans laquelle on a dissous de l'éosine (soluble dans l'alcool); puis on porte les coupes sur les lames ; une fois qu'elles sont éclaircies, on couvre avec la lamelle, après avoir ajouté du baume de Canada des coupes en série.

La première chose qui frappe, c'est la grande quantité de sang extravasée ; celui-ci se rencontre dans les alvéoles, dans les bronches, dans le tissu interstitiel. On voit aussi des réseaux de fibrilles, de fibrine et également des amas de cette substance, rappelant la couche de Nitabuch, dans laquelle quelques cellules sont incluses.

A un faible grossissement, l'attention est fortement attirée par des champs clairs situés au centre ou à la périphérie de la métastase, les champs sont plus grands ou plus petits qu'un alvéole pulmonaire. A un fort grossissement, on voit que ces formations sont constituées par du tissu conjonctif lâche. Les cellules de celui-ci sont des cellules étoilées le plus souvent, rarement fusiformes, les noyaux sont presque toujours ronds, ils sont rarement allongés. La zone de protoplasme qui les entoure est peu importante. Les fibrilles conjonctives qui s'y trouvent sont légèrement ondulées, elles s'entrecroisent, elles sont nombreuses. Il y a de ces champs dans lesquels tous les noyaux ont disparu et où il ne reste plus que quelques fibres mal conservées. Ces foyers conjonctifs sont donc constitués par du tissu conjonctif beaucoup plus lâche que celui du poumon qui, lui, présente un peu de pneumonie interstitielle chronique et diffuse avec dépôt de charbon.

Ils sont recouverts par un revêtement épithélial, constitué par une masse protoplasmatique granuleuse sans limites cellulaires, dans laquelle des noyaux sont inclus. Ceux-ci sont ronds, assez foncés. Au-dessous de cette couche à cellules sans limites, on voit, dans beaucoup de ces formations, une couche de cellules ou aussi des cellules isolées à protoplasme clair, à noyau également clair, mais deux, trois fois plus grand que celui de la couche des cellules sans limites, qu'on peut bien appeler syncytium. Au delà du syncytium, on voit des amas cellulaires à nombreuses vacuoles. Ces amas cellulaires ont par ci, par là des noyaux bien conservés ; dans d'autres, ils ont disparu. Le tout a un aspect

spongieux. A part ces deux groupes de cellules épithéliales, il y a encore de grandes cellules claires, multinucléées, isolées au sein du tissu conjonctif pulmonaire. J'ai vu aussi ces mêmes cellules dans la paroi des vaisseaux et nettement différenciées de l'épithélium vasculaire.

Dans les coupes en série, je me suis rendu compte qu'une seule et même métastase comptait plusieurs de ces champs de tissu conjonctif, complètement indépendants les uns des autres. J'ai vu que le revêtement syncytial n'était pas complet, qu'il y avait toujours un endroit où le tissu conjonctif se continuait avec celui d'un vaisseau ou avec des travées fibreuses du poumon. Je me suis aussi rendu compte que ces champs étaient situés en dehors de cavités préformées, car je n'ai jamais trouvé de vaisseaux capables de les contenir, dans ceux qui se rendaient à cette partie du poumon. J'ai pu aussi observer que l'épithélium envahissait la paroi des bronches et en détruisait l'épithélium. J'ai vu aussi cet épithélium envahissant les parois des vaisseaux et remplaçant par places l'endothélium vasculaire, en d'autres le soulevant. Cet épithélium avait quelquefois conservé le contact avec celui des villosités ayant envahi la musculature; d'autres fois, il avait perdu tout contact.

D. *Ovaire*. — L'ovaire gauche contient un corps jaune de 3, 5 millimètres dans les plus grandes coupes. Celui-ci est constitué par des cellules lutéiques, entourées par des faisceaux de tissu conjonctif contenant des cellules rondes, petites, des cellules fusiformes nombreuses et beaucoup de fibres conjonctives. Il contient, en outre, des kystes dont la paroi contient des cellules lutéiques et du tissu conjonctif, de sorte que je pense que ces kystes proviennent de corps jaunes. Ces kystes sont soit ceux qu'on voit à l'œil nu, soit des kystes qu'on découvre seulement à l'examen microscopique.

Diagnostic anatomique. — Carcinome villomateux hydatiforme du placenta ayant envahi et perforé la paroi utérine. La perforation de la paroi a provoqué une hémorragie abdominale massive, ayant amené une anémie généralisée intense. Métastases pulmonaires, ayant l'aspect de villosités.

Rétrécissement mitral. Hydrothorax double. Hydropéricarde.

II

Les métastases pulmonaires sont, au point de vue anatomique, la partie la plus importante et la plus intéressante de mon observation. Autant que j'ai pu contrôler la littérature, je n'ai rencontré qu'une seule description de cette particularité ; cette description se trouve dans le travail de Solowij et Krzysztowski.

A cet effet, il y a deux choses à distinguer et à discuter séparément ; ce sont les cellules épithéliales et les champs de tissu conjonctif.

Les cellules épithéliales isolées, situées dans le tissu conjonctif interalvéolaire, dans la paroi des vaisseaux et dans celle des bronches, ou formant des traînées, des couches et des syncytiums, ont tout à fait la

même structure que celles que j'ai décrites dans la paroi de l'utérus ou à la surface des vésicules de la môle hydatiforme. Les cellules ont d'autre part tous les caractères de celles qui ont été décrites par Marchand. Il ne peut donc y avoir aucun doute quant à leur origine placentaire, et il est de toute évidence que ces foyers pulmonaires sont des métastases de la lésion utérine. Il n'est pas difficile non plus de se rendre compte de la façon par laquelle ces cellules sont arrivées au poumon : elles ont passé par la veine cave inférieure, venant des veines utérines qui sont envahies par la tumeur, le cœur droit et les artères pulmonaires.

Les foyers de tissu conjonctif qui se trouvent dans les métastases du poumon sont plus difficiles à expliquer. A ce sujet, je relèverai d'abord le fait, que ces formations ne sont pas arrivées telles quelles dans le poumon, mais qu'elles s'y sont développées, du moins en partie ici, puisque j'ai pu me convaincre par les coupes en séries qu'il n'y avait jamais un vaisseau suffisamment grand pour les contenir là où elles se trouvaient.

Un point plus délicat à discuter est de savoir si ce tissu conjonctif a été importé dans le poumon simultanément avec les cellules épithéliales, comme Solowij et Krzyszkowski le pensent, ou si au contraire il dérive du tissu conjonctif du poumon : en d'autres mots, s'il s'agit d'une métastase du tissu conjonctif fœtal des villosités du placenta ou s'il s'agit d'une formation autochtone sous l'influence des cellules épithéliales métastasées.

C'est à cette seconde genèse que je me suis arrêté, et pour les raisons suivantes :

1° Ces foyers conjonctifs se continuent toujours, à un endroit quelconque de leur longueur, avec le tissu conjonctif du poumon ;

2° Ces foyers sont souvent nombreux dans une même métastase, et ils sont complètement indépendants les uns des autres. Si ce tissu avait été importé dans le poumon, on ne trouverait qu'un seul foyer par métastase ;

3° Je n'ai jamais rencontré d'embolie isolée de tissu conjonctif dans les vaisseaux, mais j'y ai rencontré des embolies de cellules ayant l'aspect des cellules placentaires.

La description microscopique de ces foyers conjonctifs, que j'ai donnée, est telle qu'il me semble qu'il est presque superflu d'attirer l'attention sur la grande ressemblance qu'il y a entre eux et les formations conjonctives de la tumeur primitive utérine.

Cet aspect et cette forme si particuliers de ces champs conjonctifs

dans le poumon ne peuvent être expliqués que par une influence formative des cellules placentaires métastasées et implantées dans le tissu conjonctif interstitiel du poumon, qui, dans d'autres états pathologiques, ne se présente jamais sous cette forme si particulière.

Nous connaissons des faits analogues dans la genèse des tumeurs secondaires.

Hanau a produit des carcinomes papillifères dans la cavité péritonéale à plusieurs générations de souris, en transplantant les cellules provenant d'un carcinome papillifère de la vulve d'une souris, qui avait eu cette affection spontanément.

La formation de papilles dans des parties du corps qui n'en présentent pas à l'état normal se rencontre non seulement dans ces recherches expérimentales, mais aussi spontanément, par exemple lorsque les papillomes de l'ovaire essaiment dans la cavité péritonéale. Des papilles se forment aussi dans les ganglions lymphatiques, lorsque ceux-ci contiennent des métastases de carcinome à papilles ; j'ai pu constater ce fait dernièrement dans les ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux, à la suite d'un carcinome papillifère du rein.

Cette formation de villosités au détriment du tissu conjonctif du poumon est un bel exemple de la fixité des propriétés des cellules, puisque les cellules placentaires immigrées dans le poumon y provoquent une prolifération du tissu conjonctif ayant l'aspect et la configuration des villosités du placenta. Ce phénomène est, d'autre part, un exemple de la variabilité des tissus, puisque le tissu conjonctif pulmonaire subit une modification de structure et de forme qu'on ne voit jamais dans cet organe.

Les cellules épithéliales de la métastase ont, vis-à-vis du tissu conjonctif, non seulement ce rôle de déterminer sa prolifération sous cette forme typique, mais elles gardent, comme dans le placenta normal, leur fonction de présider aux échanges nutritifs, car ces foyers n'ont jamais de vaisseaux. Il faut donc que leur nutrition se fasse par l'intermédiaire des cellules épithéliales qui baignent dans le sang extravasé.

Ces métastases ont un effet très néfaste sur la structure du poumon ; rien n'est respecté : ni les alvéoles, ni les vaisseaux sanguins, ni la paroi des bronches, tout est attaqué.

III

D'après les traités classiques, la môle hydatiforme serait une lésion *sui generis* n'ayant guère d'analogue dans la pathologie. C'est à peine si

les auteurs la rangent dans les tumeurs. La plupart du temps, ils la décrivent dans un paragraphe annexé à celui des myxomes, tout en relevant le fait que la môle hydatiforme n'est pas un vrai myxome.

Avant de discuter la place qu'il faut attribuer à la môle hydatiforme dans une classification des tumeurs, je voudrais dire auparavant quelques mots sur la nature et la genèse des cavités qu'on y rencontre.

Les cavités qui sont ici doivent être rangées dans la catégorie des faux kystes (voir Aschoff). En effet, ils proviennent d'une nécrose de la partie centrale de la formation, avec une désagrégation des éléments du tissu conjonctif distendus par du liquide œdémateux. Nous connaissons des cavités de même genèse dans différentes tumeurs (fibromes, myomes, sarcomes, gliomes et enchondromes) et aussi dans d'autres processus : ainsi dans le cerveau, à la suite de nécroses consécutives à des oblitérations vasculaires.

Les kystes de plus grandes dimensions proviennent de la confluence de kystes plus petits. Nous voyons des cavités correspondant au champ de quelques cellules, puis des formations contenant plusieurs de ces petits kystes, séparés seulement par une mince couche du tissu mal conservé, puis des cavités provenant de la réunion de plusieurs de ces agglomérations des kystes primitifs. La formation des kystes de grandes dimensions n'est pas due seulement à la confluence de petits kystes, mais aussi à une distension par le liquide qui les remplit.

Ces nécroses centrales s'expliquent très bien par l'absence de vaisseaux, ou du moins la grande rareté des vaisseaux (ceux-ci ne fonctionnant du reste plus, puisque le sang qu'ils contiennent n'est plus mis en mouvement, grâce à l'absence ou à la mort du fœtus). La nécrose est centrale : elle débute à la partie de la villosité qui est la plus éloignée des éléments épithéliaux. Il faut donc admettre que les épithéliums servent à la nutrition du tissu conjonctif des villosités, puisque le tissu conjonctif voisin de l'épithélium est dans un bon état de conservation, tandis que celui qui en est éloigné subit des métamorphoses allant jusqu'à la nécrose. La formation des kystes n'est pas due non plus à une hypersécrétion de l'épithélium, puisqu'ils débutent à une distance relativement grande de lui. Le liquide qu'on trouve ici est dû à la mauvaise circulation et non pas à une hypersécrétion.

Chaletzky (1889), une élève de Langhans, a relevé, la première, la prépondérance de l'épithélium dans la genèse de la môle hydatiforme. Neumann, Durante, Orth et Marchand ont observé le même phénomène.

Durante et Neumann ont comparé la môle hydatiforme à un adénome.

Je crois que les détails histologiques que j'ai décrits dans les métastases pulmonaires et la genèse que je leur attribue fournissent un nouvel argument en faveur de l'interprétation de ces deux auteurs, qui font de la môle hydatiforme une tumeur épithéliale bénigne ou, comme Boiss et Reffert s'expriment, une tumeur fibro-épithéliale.

L'idée que la môle hydatiforme est une tumeur et non pas une simple dégénérescence du placenta, c'est que la lésion est primitivement localisée, et que c'est seulement plus tard que le placenta est envahi en totalité.

IV

Les tumeurs du placenta de nature épithéliale, comme la môle hydatiforme et le chorio-épithéliome de Marchand, sont appelées de façon à faire croire qu'il s'agit ici de quelque chose de tout particulier, n'ayant pas d'analogies dans l'ontologie.

Dans le paragraphe précédent, j'ai comparé la môle hydatide à un papillome ; cette comparaison a du reste déjà été faite par Velebs (V. Teacher), et il a appelé la môle hydatiforme papillome placentaire. Il me paraît que cette dénomination n'est pas heureuse, attendu que les formations conjonctives qu'on rencontre ici ne sont pas des papilles, comme celles qu'on voit dans les papillomes de l'intestin ou de l'ovaire, mais que celles-ci ont une grande ressemblance avec les villosités du placenta. C'est pourquoi il conviendrait d'appeler villome du placenta la môle hydatiforme, qui est un nom qu'on devrait abandonner, comme on a abandonné celui de fongus qui, comme môle hydatiforme, indique seulement une ressemblance, sans indiquer en aucune façon la genèse et la nature réelle de la lésion.

Marchand, qui a découvert la véritable histogenèse de la tumeur appelée primitivement déciduome, a proposé le nom de chorio-épithéliome.

Je ne vois pas pourquoi il serait avantageux d'appeler cette tumeur épithéliome, tandis qu'on appelle très communément carcinome toutes les tumeurs épithéliales malignes. Comme les deux couches du placenta normal (syncytium et couche des cellules de Langhans) sont, de l'avis de la plupart des auteurs, des éléments épithéliaux, il me paraît qu'en désignant la tumeur de Marchand sous le nom de carcinome du placenta, on a une dénomination qui suffit à la distinguer de toutes les autres tumeurs, tout en restant dans le cadre de la nomenclature actuelle des tumeurs.

Le mot épithéliome n'est pas très heureux, à mon avis, puisqu'il est employé communément, en France, par les dermatologistes pour désigner certaines variétés du carcinome de la peau, tandis que d'autres l'emploient pour toutes les tumeurs épithéliales malignes, tandis que ce mot a été aussi employé pour désigner toute tumeur dans laquelle l'épithélium joue un rôle (y compris le papillome et l'adénome).

Les cas qui, comme celui que je décris ici, sont caractérisés par une structure étant nettement celle d'un carcinome (chorio-épithéliome de Marchand) et celle du villome hydatiforme, sont très bien caractérisés par le nom de carcinome villomateux hydatiforme. Cette dénomination est d'autant plus indiquée que les métastases ont un double caractère comme la tumeur primitive ; en effet, leurs éléments sont disposés en villosités, et ils détruisent les tissus avoisinants. Cette structure est tout à fait comparable à ce que l'on voit dans le carcinome papillomateux, dans lequel tant la tumeur primitive que les tumeurs secondaires présentent des papilles.

Si nous trouvons donc des analogies nombreuses entre les tumeurs du placenta et d'autres tumeurs de l'homme, celles-ci présentent cependant certains caractères spéciaux qui les différencient bien d'autres tumeurs.

Si nous faisons abstraction des transplantations expérimentales de tumeur, les carcinomes du placenta sont les seules tumeurs dont les éléments principaux, les cellules épithéliales, soient originaires d'un autre organisme que celui qu'elles envahissent, et dans lequel elles s'implantent et se développent, car les cellules épithéliales du placenta (syncytium et couche de Langhans) sont d'origine fœtale au moins pour une partie.

V

L'étiologie de la môle hydatiforme et celle du carcinome du placenta sont aussi inconnues que celle de toutes les tumeurs. Il y a, à ce sujet, deux points à examiner: ce sont premièrement les rapports de la môle avec le fœtus et secondement ceux de la môle avec les ovaires.

Langhans est toujours de l'avis que la môle est la conséquence de la mort du fœtus, sans expliquer comment la mort de ce dernier peut être la cause de la prolifération des cellules épithéliales du placenta. On pourrait très bien supposer qu'après la mort du fœtus ces cellules, n'ayant plus à remplir leur fonction qui est de présider aux échanges entre la

mère et le fœtus, prolifèrent tout à coup. Mais la circulation fœtale, devenant mauvaise par la présence de la môle hydatiforme, peut aussi très bien être la cause de la mort du fœtus. Que l'on accepte l'une ou l'autre de ces hypothèses, il n'en reste pas moins que dans l'une ou dans l'autre de ces alternatives la lésion primitive se trouve dans le fœtus, puisque l'épithélium placentaire lui-même n'est qu'une dépendance et en même temps un descendant du fœtus.

Malcolm a relevé dernièrement le fait de la coïncidence de la môle hydatiforme et du chorio-épithéliome de Marchand avec des kystes ovariques. J'ai trouvé cette même coïncidence dans le cas que je décris ici. L'ovaire ne contient pas seulement les macrokystes, qui sont visibles à l'œil nu, mais encore de nombreux kystes que l'on ne reconnaît qu'au microscope. La paroi de ces kystes est constituée par plusieurs couches de cellules ayant la plus grande analogie avec les cellules des corps jaunes, de sorte que je suis d'avis que les kystes que j'ai rencontrés dans mon cas sont des kystes de corps jaunes (corpus luteum, cyste de Rokitansky).

La coïncidence si fréquemment relevée de ces deux lésions (voir le compte rendu de Pellatani) est peut-être le résultat d'une seule et même cause, qui serait une constitution anormale du follicule de Graaf. C'est de cette constitution anormale que résulteraient, d'une part, l'évolution anormale des follicules de Graaf en kystes et, d'autre part, l'évolution également anormale de l'ovule, se manifestant sous la forme de la mort du fœtus et de la prolifération néoplasique de l'épithélium placentaire.

Cette hypothèse d'une anomalie des follicules de Graaf expliquerait très bien les cas de môle se répétant à chaque grossesse. C'est peut-être aussi à cette anomalie de la cellule génératrice qu'on pourrait faire remonter les cas de chorio-syncytiome de l'ovaire et du testicule.

Les rapports du villome (c'est-à-dire môle hydatiforme) et du carcinome du placenta (chorio-épithéliome de Marchand) se résolvent théoriquement très facilement, si l'on admet avec moi qu'il s'agit de deux tumeurs épithéliales du placenta, l'une bénigne, l'autre maligne. Ces rapports sont les mêmes que ceux qui existent entre un adénome et un carcinome, entre un papillome et un carcinome, entre un fibrome et un sarcome.

La limite entre les deux cas extrêmes n'est pas franche; il y a toute une série d'intermédiaires. Le cas que j'ai décrit ici est justement un de ces cas intermédiaires. Il serait, je crois, tout à fait téméraire de vouloir

donner des signes microscopiques très nets, au moyen desquels on puisse à coup sûr distinguer un chorio-épithéliome malin d'un reste placentaire ou d'un polype placentaire, un chorio-épithéliome malin d'une môle hydatiforme. En pathologie comme en biologie, les classifications sont très artificielles : il y a toujours des cas qu'on ne peut classer sans faire entorse aux faits dûment observés.

La difficulté de différencier microscopiquement les tumeurs bénignes des tumeurs malignes est plus difficile pour le placenta que pour tout autre organe, parce que les éléments épithéliaux du placenta pénètrent normalement dans les vaisseaux de la mère. Du reste les cellules épithéliales du placenta peuvent essaimer dans l'organisme, s'y fixer, y proliférer sous forme de tumeurs plus ou moins malignes (voir littérature dans le travail de Busse), sans qu'il y ait trace de tumeur dans l'utérus. La séparation de villosités de la masse du placenta a été observée par Veit et Poten. La déportation d'éléments placentaires a été observée par Schmidt, sans qu'il y ait eu néoplasme à l'endroit de leur embolisation. Le placenta est donc physiologiquement le siège de phénomènes qui sont sans cela l'apanage des tumeurs malignes.

C'est un fait bien établi de l'ontologie générale que la croissance des tumeurs est très activée par les traumatismes de toute nature. On peut ranger dans la catégorie des traumatismes l'extirpation des tumeurs, quand celle-ci est incomplète. Des tumeurs épithéliales carcinomateuses, augmentant lentement de volume, ont tout à coup progressé très rapidement quand elles avaient été irritées par une excision incomplète, la récidive provenant des germes restés sur place étant beaucoup plus maligne que la tumeur primitive. On connaît des cas de fibromes ayant récidivé sous forme de fibro-sarcome, puis sous forme de sarcome typique. Nombreux sont les cas où l'extirpation d'un villome hydatiforme a été suivie d'une tumeur de Marchand. Je me demande si, dans certains cas, l'acte opératoire n'a pas été cause de la transformation de la môle hydatiforme en carcinome.

CONCLUSIONS

La môle hydatiforme est la tumeur épithéliale bénigne du placenta, il serait préférable de l'appeler villome hydatiforme du placenta, comme on parle de papillome de la peau.

Le chorio-épithéliome de Marchand est la tumeur épithéliale maligne

du placenta ; il vaudrait mieux désigner cette tumeur sous le nom de carcinome du placenta.

Entre ces deux cas extrêmes il y a des cas intermédiaires où il y a simultanément un villome et un carcinome du placenta. Il convient d'appeler ceux-ci carcinomes villomateux du placenta. Cette dénomination se justifie d'autant mieux quand cette double matière se retrouve dans les métastases.

Les villosités constatées dans les métastases pulmonaires n'ont pas été importées telles quelles ; elles se sont développées du moins en partie sur place, aux dépens du tissu conjonctif pulmonaire.

La publication du cas décrit ici se justifie par son propre intérêt casuistique, tant à cause de l'irruption des villosités dans la cavité péritonéale après perforation de la paroi utérine, qu'à cause des métastases pulmonaires qui contiennent des villosités et qui sont décrites ici pour la première fois, à la suite d'un examen microscopique, en coupes, en série.

BIBLIOGRAPHIE

ASCHOFF, Cysten. *Lubarsche ostertag's Ergebnisse*, Bd. II. — BORST, *Die Lehre von den Geschwülsten.* — BUSSE, Ueber Chorioepitheliome, die ausserhalb der Placentartelle entzufanden sind. *Virch's Arch.*, Bd. CLXXIV. — CHALETZKY, *Il ydatidenmole.* Diss. Bern., 1891. — DURANTE, Du déciduome malin ou épithéliome ecto-placentaire. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1896. — FRANKEL, Das Chorioepithelioma malignum (Deciduoma malignum) *D. med. Wochens.*, 1899. — GOTTSCHALK, Das Sarcoma Chorio-deciduo-cellulare, Deciduoma malignum. *Berl. klin. Wochen.*, 1853. — HANAU, *Comstattis Jahresbericht.* — KLEBS, d'après TEACHER. — LANGHANS, Syncytium, etc. *Beiträge für Geb. u. Gyn.*, Bd. V. — MARCHAND, Ueber Chorioepitheliom. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1855. — MARCHAND, Ueber Blasenmole. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXII. — MALCOLM, A case of hydatiform mole with bilateral cystic disease of the ovaries and the invasion of the muscular wall of the uterus by chorio-epithelioma, the patient being quite well three years, after a removal of the parts. *Journ. of Obst. and Gynæcology of the British Empire*, vol. IV, 1903. — ORTH, *Handbuch der spaz. pathol. Anat.* — PFANNENSTIEL, *Centralbl. f. Gyn.*, 1898. — POTEN, Die Verschleppung von Choriosizytten. *Arch. für Gyn.*, 1902. — PATELLANI, Zur Frage der Ovarialveranderungen bei syncytialen Tumoren u. Blasenmolen. *Central für Gyn.*, 1905. — RIPPERT, *Geschwulstlehre.* — RIESEL, *Ueber das Chorio-epitheliom und die analogen Wucherungen in Hodenteratomen.* Arb. aus dem pathol. Instit. zu Leipzig Hfll. — SANGER, Zwei Aussergewöhnliche Fälle von Abortus. *Centralbl. für Gyn.*, 1889. — SCHLANGENHAUFER, Ueber das Vorkommen Chorioepitheliome blasen. molenartigewre cherungen in Teratomen. *Verband. d. deutschen Pathol. Gesell. F. Tagung*, 1902. — SCHNURL-*Anatomische Untersuchungen bei Puerperal klampsie.* — SOLOWIJ U. KRZYSZTOWSKI, Beitrag, fur Chorioepitheliome Blasenmolenfrage ein neuer Fall von einer bösartigen (destruirenden) Blasenmole. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1900. — TEACHER, On chorioepitheliom and the occurence of chorionepitheliomatons and hydatiform molelike structures in teratomata. *The Journ. of obstetrics and gynæcology of the British Empire*, vol. IV, 1903. — VEIT, Ueber Deportation von Chorionzotten. *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIV. — VIRCHOW, *Tumeurs.* — VOLKMANN, Destruirende Blasenmole. *Virch's Arch.*, Bd. XLI. — Littérature au complet dans BRIQUEL, *Le Placenta*, etc.

CANCER PRIMITIF DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU

Par MM. **AUG. POLLOSSON**, chargé du cours de cliniq
de Lyon, et **H. VIOLET**, moniteur

L'épithéliome primitif du vagin, quel que s
tion rare. C'est ainsi qu'on le voit figurer pou
ulcérations des organes génitaux. Pozzi donn
et Schröder celui de 0,24 p. 100. Sa localisati
paroi postérieure, et plus particulièrement le

Les classiques Pozzi, Legueu, Boursier ne
l'épithélioma papillaire, et l'épithélioma nodu
deux formes il s'agit d'épithéliomes pavime
cornés suivant les cas.

Qu'il existe, au niveau de la muqueuse vagi
cylindrique, cela n'est point mentionné dans le

Obs. — C. J..., 56 ans, habitant Lyon, entre à l
4 janvier 1904. Rien à relater dans ses antécédents

Antécédents personnels : Aucune maladie dan
16 ans. Mariée à 22, 3 grossesses. Un seul en
Jamais de maladies graves. Ménopause depuis dix
malade eut quelques hémorragies vaginales. Ces
quées en particulier par le coït. Elle s'aperçut al
sur la paroi antérieure et à l'entrée du vagin.
un certain temps sans reparaître, la malade r
médecin. Ce n'est qu'il y a une quinzaine de jours
visite de M. le professeur Pollosson, qui l'a fai
son service.

A l'examen, on constate sur la paroi antérieu
arrière du tubercule vaginal, une petite saillie
centimètre, s'étendant sur la largeur d'une piè
une base indurée par rapport à la souplesse des
tumeur n'est pas très friable, ni très saignotante
médiane, plus développée toutefois à gauche qu'

Avec une valve déprimant la fourchette, on ap
geâtre, irrégulière, sessile, d'aspect framboisé.

Une sonde introduite dans l'urèthre montre que ce canal est sain et que le néoplasme saisi entre deux doigts glisse facilement au niveau de la sous-muqueuse vaginale. L'ulcération commence à 1 centimètre et demi du méat uréthral.

Pas de troubles de la miction.

Pas de ganglions inguinaux.

Le reste du vagin est sain.

L'utérus est petit, atrophié, en involution sénile.

L'abdomen est souple partout. Pas de troubles intestinaux. L'état général est bon ; pas d'amaigrissement notable.

Diagnostic. — Épithéliome primitif du vagin.

Le 7 janvier 1904, intervention (M. le professeur A. Pollosson). Incision circulaire autour de la tumeur, qui est clivée facilement dans la profondeur, sans intéresser l'urèthre.

Pas de suture. Hémostase par tamponnement.

La malade part au 12e jour, la plaie étant en bonne voie de cicatrisation.

Examen histologique. — Sur les coupes on constate un épithélium pavimenteux de revêtement, intact, qui se continue, à un moment donné, avec un tissu infiltré, hémorragique, nécrobiosé. Cet épithélium présente une épaisseur anormale, des prolongements interpapillaires dans le derme sous-jacent. Au-dessous, ce sont des trousseaux musculaires de fibres lisses coupés, les uns en long, les autres en travers. L'épithélium pavimenteux cesse, à un moment donné, brusquement, il s'amincit peu à peu aux dépens de ses couches internes. Au-dessous, on aperçoit quelques formations kystiques, bordées d'un épithélium cylindrique élevé, à une seule couche. Ces formations kystiques sont de calibre variable ; elles ont presque toutes une lumière ; elles plongent dans un tissu conjonctif assez lâche à la superficie, assez dense dans la profondeur. La couche de la musculature est respectée, sans aucune infiltration.

Au gros grossissement les cavités kystiques paraissent formées d'un épithélium cylindrique à cellules hautes, sans cils, à noyau situé à la base, à protoplasma clair, gonflé même en son milieu par des produits de sécrétion. Sur une coupe en travers c'est un très bel aspect de nid de guêpes.

En d'autres points, vers les zones de limite du néoplasme, on remarque des points d'infiltrations de petites cellules rondes, tout autour des trousseaux musculaires, ou tout autour des vaisseaux. Ces cellules rondes tranchent très nettement, par leur forte coloration, sur le jaune des fibres musculaires.

En somme : épithélioma du type cylindrique, développé dans le chorion de la muqueuse vaginale et ayant ulcéré l'épithélium pavimenteux de revêtement.

Le 8 mars 1904, la malade revient. Elle a été améliorée 15 jours seulement à compter de sa sortie. Depuis ce temps, la malade souffre et a vu survenir une recrudescence de ses hémorragies. Au niveau de la cicatrice on trouve

une tumeur lisse, régulière, du volume d'une ai vineuse, molle au toucher.

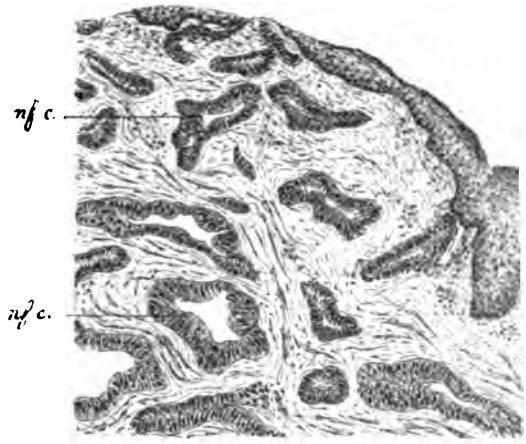
Comme l'examen histologique a montré qu'il cylindrique, on examine à nouveau l'utérus qui

Le 10 mars, extirpation nouvelle, en excisant rouges et plus profondément. L'urèthre est dé muqueuse reste seule. On reconstitue la paroi tissus profonds environnants.

On ne réunit pas l'incision vaginale.

La malade part en bon état, le 22 mars.

Examen de la pièce. — Macroscopiquement



ep., épithélium pavimenteux stratifié ; — *nfc.*, néofo

tumeur rouge, lobulée assez superficiellement par La surface de ces lobules est parfaitement régul grenue.

Cette tumeur, du volume d'une amande, est po surface de 1 centimètre seulement, alors que la même temps est supérieure à celle d'une pièce d tumeur polypeuse présente un aspect charnu d tique, ne se laissant pas dissocier par le doigt, morceaux de cette petite tumeur seulement sont p tologique. Fixation à l'alcool. Durcissement à la g carmin.

A l'examen microscopique, on constate un tis par des fibres musculaires lisses, courtes et trapue lules rondes.

L'aspect de cette tumeur donne tout de suite embryonnaires. Les vaisseaux de nouvelle formati

de globules rouges, ayant de temps en temps extravasé dans les tissus ambiants. Sur un des côtés de la préparation, les fibres musculaires disparaissent, et on ne voit que de grosses cellules rondes, dont quelques-unes ont un aspect jaune, au lieu d'un rouge vif, et d'autres enfin prennent encore moins bien le colorant, comme s'il y avait, à ce niveau, des phénomènes de désintégration.

Nulle part on ne trouve d'épithélium pavimenteux de revêtement ; nulle part on ne trouve de tissu épithélial, ni les cavités kystiques de l'épithélioma existant lors de la première intervention.

Des coupes ont été faites dans d'autres orientations, sur les deux morceaux de la tumeur polypeuse prélevée pour l'examen histologique : elles ont toutes montré l'aspect précédemment mentionné, qui est celui d'un sarcome fuso-cellulaire, que nous interpréterons ici comme un simple polype inflammatoire, développé dans la zone d'irritation néoplasique, et dans lequel les éléments sont à un tel degré embryonnaire qu'ils donnent à la tumeur l'allure d'un sarcome.

Le 28 octobre 1904, la malade entre à nouveau à l'hôpital. Elle revient avec une nouvelle récidive. Cette fois-ci, la tumeur est beaucoup plus développée, elle apparaît sous forme d'un champignon dès qu'on entr'ouvre l'orifice vulvaire. La surface de cette tumeur est suintante, donnant un ichor fétide. Pas d'incontinence d'urine. La malade souffre à chaque miction ; elle a considérablement maigri. Pas de ganglions inguinaux.

Un petit morceau de la tumeur est prélevé pour l'examen histologique. Fixation au sublimé acétique. Alcool iodé. Inclusion à la paraffine. Coloration à l'hématéine-éosine.

Il s'agit d'un bel épithélioma cylindrique lobulé. Sur la préparation, ce sont des rangées épithéliales parallèles reposant sur un tissu conjonctif de soutènement très mince, très aplati par le développement de l'épithélium. Ces rangées épithéliales sont accouplées deux à deux, délimitant entre elles une lumière dont l'étendue de la préparation ne permet pas d'apercevoir tous les contours. De temps en temps seulement, on aperçoit l'angle arrondi d'une de ces cavités kystiques. Nulle part il n'existe une cavité kystique visible toute entière dans le champ microscopique. Au fort grossissement, le revêtement épithélial apparaît formé par de belles cellules cylindriques, à noyau allongé dans l'axe de la cellule. Ces cellules ne sont pas toutes sur le même plan, et à plusieurs endroits ce revêtement est polystratifié. Le noyau de ces cellules présente de nombreuses figures de division ou d'altération.

En somme : épithéliome cylindrique très malin.

Nous avons revu, depuis, à plusieurs reprises, cette malade : nous avons assisté, impuissants, au développement progressif de la cachexie néoplasique.

Cette malade est morte en dehors du service, au mois d'avril 1905, et nous n'avons pu faire son autopsie.

Deux questions se posent à la suite de cette observation :

1° Quelle est l'origine de cet épithélioma cylindrique ?

2° Quelle relation y a-t-il entre l'épithélioma cylindrique de la première et de la troisième intervention et la tumeur du type conjonctif que nous avons trouvée dans la deuxième récidive, présentant d'ailleurs macroscopiquement un aspect complètement différent.

M. le professeur agrégé Paviot, qui a bien voulu jeter un coup d'œil sur nos préparations, et que nous sommes heureux de pouvoir remercier ici, ne peut expliquer la nature de cette deuxième tumeur que par l'existence assez fréquente et connue de certains polypes inflammatoires dans la zone d'irritation du néoplasme. « Là où se développe le néoplasme, dit M. Tripier, il se fait un afflux cellulaire considérable, et tous les tissus, au voisinage de la tumeur, subissent une hyperplasie notable. » Cette hyperplasie irritative, telle que la comprend l'école de Lyon, peut-elle aller jusqu'à l'édification d'une production inflammatoire d'un volume important, supérieur même à celui de la tumeur primitive ?

Nous ne pouvons pas trancher cette question, et nous nous contentons de rapporter ce fait comme un simple document.

Il nous semble plus intéressant de discuter l'histogenèse de cet épithélioma primitif à type cylindrique, observé dans notre cas comme tumeur primitive et comme deuxième récidive.

La première hypothèse qui se présente à l'esprit est celle d'une tumeur secondaire, consécutive à la greffe ou à la généralisation d'un épithélioma utérin.

Cette hypothèse se trouve controuvée par la clinique dans le cas particulier. Il s'agissait d'une femme ayant dépassé la ménopause depuis 5 ans, sans aucune perte utérine, avec un utérus sénile, atrophique, dont le volume a été apprécié à plusieurs reprises pendant les 18 mois que la malade a été suivie.

Nous n'avons pu faire l'autopsie de notre malade, et il reste à démontrer qu'il ne s'agissait pas d'un cancer secondaire de l'intestin. Contre cette hypothèse nous ferons remarquer que notre malade n'a jamais eu aucun symptôme intestinal, en second lieu que, lorsque nous avons observé notre malade pour la première fois, elle ne présentait aucun symptôme de cachexie, comme cela aurait dû être avec un noyau secondaire de généralisation. Nous avons vu, au contraire, les phénomènes généraux suivre le développement de la tumeur vaginale.

Nous avons donc affaire sûrement à un épithélioma primitif.

L'existence d'un épithélioma cylindrique primitif au niveau du vagin

est difficile à expliquer. Le vagin est normalement dépourvu de glandes. C'est un fait anatomique acquis, quoique on en ait décrit du côté du vestibule, qu'on tendrait à considérer comme des lobules aberrants des glandes de Bartholin (de Sinety.)

Toutefois, si ces lobules aberrants peuvent être observés à l'entrée du vagin sur les parois latérales, on n'en a jamais observé sur la paroi antérieure vaginale. A ce niveau, deux productions à revêtement cylindrique peuvent être invoquées comme le point de départ possible de la néoplasie observée: 1° les glandes para-uréthrales ou glandes de Skene, et 2° les résidus de la terminaison des canaux de Gartner.

Les glandes de Skene ou para-uréthrales sont situées de chaque côté de la paroi inférieure du segment vulvaire de l'urèthre. Leurs canaux excréteurs sont dits canaux para-uréthraux; ils débouchent, au nombre de deux, de chaque côté du méat, à 5 millimètres de lui, sur la papille uréthrale. C'est seulement quand la muqueuse est éversée, qu'ils deviennent immédiatement visibles sur le toit du vestibule. Ces canaux para-uréthraux cheminent d'abord parallèlement à l'urèthre dans l'épaisseur de la couche sous-muqueuse, deviennent obliques et, plongeant sur une étendue de 5 millimètres à 3 centimètres, traversent la tunique musculaire et s'épanouissent en un nombre variable de culs-de-sac glandulaires dans l'épaisseur du septum uréthro-vaginal. Ces acini sont tapissés d'un épithélium cylindrique simple. Certains auteurs: Kochs, Kossman, Weber (Thèse de Paris, 1898), ne voient dans les glandes de Skene que la terminaison des restes des canaux de Gartner. Toutefois la constatation des culs-de-sac glandulaires, c'est-à-dire de la lobulation des glandes de Skene, enlève à cette assimilation toute sa valeur. L'autonomie des glandes para-uréthrales étant admise, il faut considérer ces glandes comme pouvant être le point de départ d'une néoplasie.

Il nous paraît plus vraisemblable de faire bénéficier l'histogenèse des tumeurs malignes cylindriques du vagin de celle admise généralement pour les kystes du vagin. On s'accorde à faire provenir ceux-ci des canaux de Gartner.

Or on sait que l'on désigne sous ce nom la persistance plus ou moins complète des canaux de Wolff, qui, lorsqu'ils existent, partent de la région du parovaire, gagnent les parties latérales du col, puis les parois vaginales, qu'ils suivent pour venir se terminer au niveau du vestibule vulvaire, en se rapprochant peu à peu sur la paroi antérieure du vagin.

On a rapporté même un certain nombre de cas de persistance complète de ces canaux (in Martin, *Krankheiten der Nebeneierstocks*).

La seule observation analogue que nous ayons rencontrée est celle de Pinna Pintor (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, 1900, n° 5).

Multipare de 53 ans, ayant eu sa ménopause à 48 ans. Depuis cinq mois elle souffre d'une sensation de brûlure du côté des voies génitales et de légères pertes sanguines. A l'examen, on constate un certain degré d'atrophie des parties génitales externes, l'orifice externe donnant difficilement passage à un seul doigt. A 2 centimètres environ du méat urinaire, sur la paroi vaginale antérieure, on remarque la présence d'une végétation aplatie, large comme une pièce de 2 centimes, de couleur rosée, d'aspect fongueux, friable et saignant facilement. Le reste de la muqueuse paraît sain. L'utérus est en involution sénile et il n'y a pas de ganglions dans les aines. Les urines sont normales.

Le diagnostic étant porté d'épithélioma primitif du vagin, l'opération est faite : une incision elliptique circonscrit la tumeur, passant à 1 centimètre de son pourtour. Réunion par première intention. La malade sort guérie.

L'examen histologique établit qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

L'auteur fait suivre son observation de quelques considérations au sujet de l'histogenèse de cette tumeur. Il discute tour à tour la question des glandes du vagin, des lobules aberrants de la glande de Bartholin et des résidus de canaux de Gartner, sans se rallier fermement à l'une d'entre ces hypothèses.

Conclusions.— Le cas que nous rapportons est un cancer *primitif* du vagin à épithélium cylindrique. Son origine nous paraît se rattacher aux canaux de Gartner. Ses conduits, en effet, se terminent dans la région où siégeait la tumeur observée; nous savons, d'autre part, que ces canaux peuvent être le point de départ de kystes; ils peuvent donc donner naissance à des formations néoplasiques bénignes; nous pensons qu'ils sont capables aussi de donner lieu à des productions néoplasiques malignes.

Nous pensons que telle est la nature et l'origine du cas que nous avons rapporté.

REVUE GÉNÉRALE

SUR L'ÉTAT DES VAISSEAUX DANS LES GROSSESSES TUBAIRES

D'après **O. FELLNER** (1).

On sait de quelle quantité de travaux la première observation nette de déciduome (Sänger, 1889) fut le point de départ, à quelle multiplicité d'opinions donna lieu la discussion de sa nature, en sorte qu'on fit dériver la néoplasie nouvelle — qui, si vite, conquit une place si importante dans la nosologie obstétrico-gynécologique et une littérature si abondante, — de presque tous les éléments anatomiques constitutifs du placenta (maternel et fœtal). On sait aussi quelles recherches laborieuses furent faites depuis sur ces éléments constitutifs du placenta, les théories diverses qui s'édifièrent sur ces recherches, recherches auxquelles restent attachés les noms de Sänger, Winckler, Waldeyer, Langhans, Pfannenstiel, Selenka, Sthral, Marchand, Merttens, Gottschalk, Schmorl, Poten, Nové-Josserand et Lacroix, Hartmann et Toupet, Veit, etc.

On sait aussi que, parmi les théories qui, sur ces questions multiples mais connexes, furent émises, une retint particulièrement l'attention : la théorie de la *déportation des villosités* de Veit, auquel son auteur accorda une importance considérable, qui est contestée, à l'heure actuelle, par bien des auteurs et à laquelle le travail actuel, très intéressant, très laborieux, est de nature à porter, en dépit de similitudes relativement grandes dans les états anatomiques observés, un rude coup.

L'auteur a utilisé 3 pièces de grossesses tubaires, âgées de 2 à 3 semaines, rompues, il est vrai, mais sans grandes hémorragies, pour étudier l'état des vaisseaux tubaires à ce point de vue spécial de la *déportation des villosités*, ou, dans un sens plus général, de la présence de cellules placentaires dans la circulation maternelle.

On tend à admettre en effet aujourd'hui que des portions plus ou moins importantes des villosités, pénétrant dans les veines utérines, peuvent se détacher et, emportées par processus embolique, circuler dans l'organisme et, le cas échéant, produire des effets généraux et locaux (2).

(1) Ueber das Verhalten der Gefasse bei Eileiterschwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXXIV, Hft. 3, p. 481.

(2) *Annales de gynéc. et d'obst.*, mai 1905, p. 316.

Or, l'auteur, en étudiant très minutieusement l'état des vaisseaux tubaires à l'aide de coupes sériées *extrêmement nombreuses*, en poursuivant les vaisseaux assez loin des insertions des racines ovulaires, c'est-à-dire en des points où ils n'étaient pas trop atteints dans leur structure et par suite étaient plus reconnaissables, l'auteur est arrivé à ce premier résultat, en contradiction avec l'opinion générale, c'est que *ces vaisseaux, contenant dans leur lumière, non seulement des éléments villeux non douteux, mais aussi quantité d'autres éléments cellulaires dont la nature était à préciser, sont, pour de beaucoup le plus grand nombre, des artères et non des veines.*

« De mes préparations, écrit-il, ressort sûrement ce fait, que les vaisseaux dans lesquels il y a des amas cellulaires, et cela à une distance des espaces intervilleux de 1 centimètre et plus, sont presque exclusivement des artères. Nous avons vu en outre que toutes les ramifications des artères sont remplies de masses cellulaires, et qu'en maints endroits elles communiquent avec l'espace intervilleux. Il est naturel qu'en ces points de communication, qui parfois correspondent d'ailleurs à de vraies embouchures, au niveau desquelles les vaisseaux se dilatent énormément, tandis que la paroi vasculaire disparaît peu à peu, il est naturel qu'il y ait des cellules de Langhans, des éléments syncitiaux et des cellules. Cette contradiction avec la plupart des descriptions, avec celle de Veit en particulier, doit s'expliquer par le fait, qu'en ce point il est absolument impossible de préciser s'il s'agit d'artères ou de veines et qu'il faut, pour trancher la question, utiliser la réaction élastique et surtout *rechercher la nature des vaisseaux par une investigation laborieuse, portant sur des coupes sériées et continues, allant jusqu'au tronc principal.* Il ne suffit pas en effet, comme le proclame un auteur, d'examiner 120 coupes, mais 20 fois autant! »

Déjà Zedel avait constaté la présence de cellules dans la lumière d'une artère, et peu avant ou après l'entrée dans la sérotine : proliférations endothéliales, à son jugement. Merttens les a vues aussi dans de petites artères de la sérotine dans un cas d'avortement utérin, cellules d'origine ectodermique d'après lui. Dans ces derniers temps, Krœmer a décrit dans la paroi des artères des cellules déciduales, qui, finalement, pénètrent aussi dans la lumière des vaisseaux. « Voilà tout ce qu'on savait naguère, écrit l'auteur, sur l'apparition de semblables cellules dans les artères. » Mais, en note, il ajoute: « Il y a peut-être quelque intérêt à constater que presque tous les collègues auxquels j'ai montré mes préparations ont, sitôt après, constaté semblables formations dans presque tous leurs cas de grossesse tubaire, preuve que cet état particulier des vaisseaux est fréquent. »

*
* *

L'auteur étudie un deuxième point : la *nature de ces éléments cellulaires* rencontrés tantôt dans la paroi d'artères d'un calibre déjà assez notable, tantôt dans la lumière de ces vaisseaux. Et l'on sait combien aussi cette question a donné lieu à des interprétations différentes, en sorte que, suivant les auteurs, on les a fait dériver d'un quelconque des éléments fœtaux ou maternels (cellules

de Langhans, syncitium, éléments déciduaux, produits d'une hyperplasie de l'endothélium des vaisseaux maternels, etc.). Or, après avoir rappelé, en les écartant, toutes ces opinions, l'auteur expose la sienne : si, dans les vaisseaux en question, artériels et non veineux, on rencontre, surtout au niveau de leurs communications avec les espaces intervilleux, des portions sûrement de villosités, il n'en est pas moins vrai que, pour la plus grande part, les éléments cellulaires, contenus non seulement dans la lumière des vaisseaux tubaires, mais encore dans leurs parois, éléments tantôt ronds, tantôt fusiformes, ne sont pas autre chose que des éléments déciduaux, dérivés des éléments connectifs propres à la paroi de ces vaisseaux, celle-ci ayant manifesté par ces métamorphoses les effets d'un véritable *processus de réaction déciduale*, développé particulièrement dans les endroits où ces vaisseaux artériels, d'un certain volume, sont au voisinage des fixations villeuses. L'étude persévérante de ces éléments montre l'identité de nature de la plupart des éléments situés dans la lumière des vaisseaux et de ceux qui sont dans leurs parois, en sorte que l'auteur propose, pour les effets de ce processus qui aboutit, par endroits, à des obstructions plus ou moins étendues, plus ou moins complètes des vaisseaux affectés, le terme suggestif d'*auto-thrombose : l'obstruction serait fonction du processus intra-pariétal, qui est lui-même manifestation de la réaction déciduale de la paroi vasculaire (artérielle)* (1).

Conséquences de l'auto-thrombose. — « Il est *a priori* vraisemblable, écrit, l'auteur, qu'*une thrombose affectant toutes les ramifications d'une artère volumineuse ne peut pas être sans avoir une importance considérable sur l'évolution de la grossesse.* Il est donc possible qu'une grossesse tubaire s'arrête prématurément du fait même de ce processus d'auto-thrombose et que la rupture ne survienne que secondairement, opinion adoptée par nombre d'auteurs. »

Ce processus d'auto-thrombose exerce-t-il aussi une influence sur les échanges chimiques ? La question serait difficile à trancher. Toutefois, il est sûr que la transformation de cellules connectives en cellules déciduales ne se fait pas sans excrétion de produits chimiques, produits qui, normalement, doivent être éliminés par les voies lymphatiques ou veineuses et être rendus inoffensifs. Mais, formés dans les artères thrombosées, ces produits doivent passer directement dans le système vasculaire artériel. Or, ces produits, étant donné la quantité des cellules dont ils dérivent, ne sauraient ne pas avoir une certaine importance ; à ce propos, il convient de rappeler que Veit, Poten et d'autres ont décrit de semblables états des vaisseaux dans quelques cas d'éclampsie, états que Fellner croit dépendre encore de l'auto-thrombose.

« Il me paraît très important, continue l'auteur, que Poten ait pu mettre

(1) L'origine maternelle de ces éléments et leur formation sous l'influence d'un *processus de réaction déciduale* ont été, d'ailleurs, déjà indiquées, en particulier par Pinto dans un travail intéressant. Voir : *Annales de gyn. et d'obst.*, mai 1905, p. 319. Seulement, Pinto ne localise pas de façon aussi précise que Fellner ce processus de réaction déciduale.
R. L.

en évidence semblable déportation de cellules dans les cas d'utérus myomateux. D'après nos recherches récentes, il n'est pas en particulier facile d'expliquer pourquoi l'avortement est si fréquent quand il y a myome de la matrice. D'autre part, ainsi que Kworostansky l'indique dans un travail très appliqué, il existe une certaine analogie entre la nidation de l'œuf dans l'utérus myomateux et dans la trompe : dans les deux cas, en effet, le siège de l'œuf est en partie intra-musculaire et il n'y a pas, au sens absolu, de sérotine. On sait aussi qu'il se trouve des artères assez volumineuses dans la muqueuse des utérus myomateux. Lorsque les cellules du trophoblaste ou leurs dérivés rencontrent de petits capillaires, ceux-ci sont ouverts ou s'ouvrent spontanément sans que cela aboutisse à l'auto-thrombose. Mais quand, au contraire, elles arrivent au contact de vaisseaux volumineux, comme il s'en rencontre dans la musculeuse ou dans la muqueuse d'utérus myomateux, alors se produit ce même phénomène observé dans la grossesse tubaire, que Poten a décrit, mais avec une autre interprétation, dans l'utérus myomateux : le *phénomène de l'auto-thrombose*, processus qui, naturellement, doit compromettre la nutrition des villosités et, par suite, l'état de l'œuf. En sorte qu'en ce *processus d'auto-thrombose réside peut-être l'explication de l'interruption fréquente de la grossesse dans les myomes de l'utérus.* »

Enfin, l'auteur indique encore que *peut-être* la notion de ce processus d'auto-thrombose pourrait éclairer la pathogénie d'autres états pathologiques : *môle hydatiforme, infarctus placentaires, certaines variétés de tumeurs placentaires*, etc., etc.

Conclusion générale. — *Les artères volumineuses, quand elles sont au voisinage de l'implantation ovulaire, subissent une transformation spéciale, que l'auteur nomme auto-thrombose ; la soi-disant déportation de villosités, décrite par un certain nombre d'auteurs, ne correspondrait en réalité qu'à une formation de cellules déciduales dans les parois d'artères ;* ces faits sortiraient donc du domaine de la déportation pour rentrer dans celui de l'auto-thrombose.

R. Labusquière.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 10 *avril* 1905.

Allocution de M. Ch. Monod, vice-président, annonçant la mort de M. Hervieux, membre honoraire de la Société.

MM. Benet et Riss (de Marseille). — **Opération de Porro, pratiquée chez une femme ayant un bassin oblique ovalaire.** — Femme de 19 ans. A 10 ans, coxalgie gauche ayant nécessité de multiples interventions chirurgicales et une immobilisation prolongée. C'est la première grossesse. Au toucher, on constate une déformation très considérable (que la pelvimétrie externe faisait peu prévoir) de toute la moitié gauche du bassin. Le plancher cotyloïdien et la branche ischio-pubienne du côté gauche sont fortement repoussés en dedans, et l'on n'arrive pas à introduire trois doigts de champ entre les deux parois latérales du bassin. Le côté droit est indemne. En somme, le bassin présente le type oblique ovalaire, avec un rétrécissement transversal très marqué, puisqu'il a seulement 6 centimètres de diamètre bis-ischiatique externe.

L'opération césarienne fut pratiquée au début du travail, le col étant à peine effacé et la poche des eaux intacte. L'œuf est sorti intact de l'utérus; son ouverture permet d'extraire un enfant pesant 3.400 grammes. Amputation de l'utérus avec pédicule externe. Les suites furent excellentes. L'élimination du moignon se fit vers le 20e jour.

M. Chartier. — **Placenta venu premier, précédant le fœtus. Bénignité des hémorragies.** — Il s'agissait d'une insertion marginale du placenta compliquée de procidence du cordon et du glissement total du placenta dans le vagin précédant le fœtus. Les insertions marginales du placenta s'accompagnent, dans la règle, d'hémorragies précoces et abondantes. Chez notre malade, une seule hémorragie sérieuse survint pendant la grossesse, à la fin du huitième mois. D'une durée de vingt-quatre heures à peine, elle ne se reproduisit pas les jours suivants, malgré l'absence du repos ordonné. Pendant toute la durée du travail, jusqu'à l'achèvement de la dilatation et malgré l'intégrité de la poche des eaux, l'hémorragie n'eut aucun caractère inquiétant et ne nécessita aucune intervention de la part du médecin traitant. Après la rupture spontanée de la poche des eaux, le placenta tout entier a glissé et

est tombé dans le vagin. L'hémorragie s'est dès lors arrêtée. La dilatation était incomplète. Le placenta fut extrait, puis, la dilatation s'étant complétée, le fœtus qui pesait 1.330 grammes fut extrait par une application de forceps.

Ce fait confirme, à ce sujet, les observations de Simpson, qui l'avaient amené à considérer le placenta venant premier, entièrement détaché, comme un signe d'heureux augure. Ces faits cadraient avec l'opinion de cet auteur, puisque, selon lui, le sang, apporté au niveau des parties restées adhérentes, s'échappait de la vulve par la surface placentaire. Mais nous sommes plutôt porté à croire que le glissement total du placenta hors de l'utérus permet à la présentation de s'engager dans l'excavation, de combler hermétiquement le segment inférieur et de bloquer les vaisseaux utérins.

Discussion sur les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale (*Suite et fin*) (1).

M. Oui (de Lille). — **Deux cas d'embryotomie à manuel opératoire atypique.** — J'ai eu l'occasion d'observer deux cas de présentation de l'épaule fortement engagée, cas dans lesquels je n'ai pu pratiquer l'embryotomie rachidienne classique, et pour lesquels j'ai été amené à utiliser un manuel opératoire atypique.

Un premier fait ressort nettement de ces observations, c'est la valeur des ciseaux de Dubois comme instrument d'embryotomie. Dans les deux cas il était impossible de guider avec la main et par conséquent de placer avec sécurité un crochet ni sur le cou, d'ailleurs inaccessible, ni même sur le tronc du fœtus. Par conséquent, il y avait aussi impossibilité à employer aucun des embryotomes modernes destinés à remplacer les ciseaux de Dubois, qu'on a beaucoup trop critiqués et qui n'en restent pas moins excellents pour les embryotomies faciles et supérieurs aux autres instruments dans les cas difficiles, où souvent, d'ailleurs, ils sont seuls applicables.

J'ouvris d'abord le thorax, en sectionnant quatre ou cinq côtes. Je pus ainsi introduire deux doigts dans la cavité thoracique et y guider une longue pince, qui me servit à arracher et à extraire, non sans peine, les poumons et le cœur. Ensuite, d'un coup de pointe, je déchirai le diaphragme et pus, avec beaucoup de facilité, enlever le foie et l'intestin.

La main ne pénétrait encore que difficilement assez haut en arrière du fœtus. Je sectionnai alors la colonne vertébrale, en faisant agir les ciseaux par l'intérieur de la cage thoracique. Une fois le rachis ainsi disloqué, ma main gauche pénétra facilement. Couvrant avec elle la paroi vaginale, je fis alors très aisément la section circulaire du tronc, que je pus pratiquer presque à ciel ouvert, ma main gauche abaissant, au fur et à mesure des progrès de l'opération, les parties non sectionnées.

Une fois le fœtus séparé en deux tronçons, l'extraction se fit sans la moindre difficulté. Le tronçon inférieur (partie inférieure du tronc) fut extrait le premier. De simples tractions sur les bras entraînèrent au dehors les épaules et la tête.

Le plus habituellement, l'éviscération n'est pratiquée que comme premier temps ou, plus exactement, comme préparation soit à l'évolution forcée, soit à

(1) Voir *Annales de gyn. et d'obst.*, juin 1905, p. 382.

la version forcée. Il en est de même de la spondylotomie, qui a pour résultat de permettre l'extraction du fœtus plié en deux. A ces procédés, qui ont l'inconvénient d'exposer l'utérus contracturé à la rupture, au moment de l'extraction du fœtus, la section totale du tronc est certainement préférable. Cette section peut se faire, dans certains cas, sans éviscération préalable, ainsi que l'a pratiquée Payon (d'Aix); mais il faut qu'une main puisse être suffisamment introduite dans le vagin pour couvrir les organes maternels contre toute atteinte des ciseaux. Cette condition essentielle n'existait pas dans les cas que nous venons de rapporter.

C'est l'avantage de l'éviscération, en amenant la réduction du volume du tronc fœtal, réduction surtout marquée au niveau de l'abdomen, de permettre l'introduction suffisamment profonde de la main et de donner ainsi toute sécurité pour la mère. Une fois l'éviscération faite, cette introduction de la main protectrice souffre parfois encore quelque difficulté, ainsi que nous avons pu le constater dans notre première observation.

C'est alors que la section isolée de la colonne vertébrale permet de simplifier et facilite singulièrement les manœuvres opératoires. Faite par la voie transthoracique, la spondylotomie n'expose à aucun danger les tissus maternels, et, aussitôt la colonne vertébrale divisée, l'abaissement du tronc fœtal devient extrêmement facile et la section totale peut s'opérer, pour ainsi dire, à ciel ouvert, c'est-à-dire dans des conditions de sécurité absolue.

M. J. Audebert (de Toulouse). — **Bride amniotique et malformations multiples de la face et du crâne** (1).

M. A. Pinard. — **Phlegmatia alba dolens ayant atteint les quatre membres. Arthrite purulente du genou droit. Arthrite de l'articulation scapulo-humérale gauche. Arthrite des deux articulations temporo-maxillaires. Embolie et gangrène pulmonaire, etc. Guérison.**

Mme X..., tertipare, a déjà eu deux grossesses évoluant normalement (sauf une perte de sang au cours du 3e mois) et s'étant terminées, il y a 5 ans et 2 ans, par des accouchements spontanés et à terme de couches physiologiques dans les deux cas.

Troisième accouchement à terme le 10 septembre 1904, à 2 heures du matin, après un travail très irrégulier de 24 heures. Présentation du siège. Membranes rompues artificiellement le 9, à 6 heures du soir. Période d'expulsion de 3 heures. Application de forceps, faite dans l'excavation sur un gros enfant se présentant par le siège décomplété mode des fesses : difficultés pour l'extraction du tronc. Délivrance spontanée et complète aussitôt après l'extraction de l'enfant. Injection intra-utérine immédiate. Après l'injection on reconnut qu'il existait une déchirure complète du périnée intéressant la cloison recto-vaginale.

11 *septembre*. — A 8 heures du matin, une périnéorraphie fut pratiquée.

11, 12, 13. — Élévation de température le soir de 38°,2. Régression normale de l'utérus. Écoulement purulent au niveau de l'un des points et ulcération d'une hémorroïde.

14, 15, 16, 17. — Température normale.

---

(1) Communication parue *in extenso* dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juin 1905, p. 362.

18. — Frisson à 11 heures du matin, 39°,5. Absence de selles depuis deux jours. Huile de ricin. L'écoulement lochial cesse à ce moment.

19. — La température redevient normale. Injection intra-utérine qui ramène une petite quantité de liquide trouble, rougeâtre, sans odeur.

20. — Température du soir, 38°,4, nouvelle injection intra-utérine.

21. — Température, soir, 39°,4. Curettage instrumental, suivi d'écouvillonnage à la teinture, d'iode, ramenant quelques débris de muqueuse sans odeur.

22. — L'injection vaginale ressort claire, à peine quelques gouttes de sang. Température soir, 39°. A minuit, frisson.

24. — Température, midi, 38°,9. Frisson. Injection intra-utérine et écouvillonnage à la teinture d'iode. Température, soir, 37°,7.

25. — Grand frisson à 10 heures et demie. Soir, température, 39°,3.

27. — Début de phlébite au niveau de l'anneau du soléaire à la jambe gauche, sensibilité modérée à point fixe. Pas de frisson avant le 29 septembre, à 5 heures du soir.

1er *octobre.* — Grand frisson à midi avec 39°,7.

2 à 6. — La température oscille de 37° à 39°. Frisson le 5, à 2 heures.

6. — La température ne dépasse pas 37°,3. Mais dès le lendemain elle atteint 38°,9, et une phlébite se manifeste au niveau du soléaire jambe droite, très limitée.

11. — Début de la période de septicémie par un grand frisson pendant lequel la malade est raidie, les yeux fixes, le teint terreux, avec les lèvres violettes (durée du frisson une demi-heure). Température maxima, 41°,5.

12. — Frisson, température, 41°; la période des grandes oscillations thermiques se continue avec frisson tous les jours, sauf le 15 octobre, le 20, le 22.

28. — Phlébite d'une veine sous-cutanée au niveau du deltoïde droit.

3 *novembre.* — Douleur très aiguë, avec angoisse, au-dessus du sein gauche, arrachant des cris à la malade, augmentant à la fin de l'inspiration, point douloureux en arrière à la pointe de l'omoplate gauche (douleur en broche). Frottements pleurétiques sur 5 centimètres carrés au niveau du point douloureux antérieur. Toux sèche, peu fréquente, excitée par les essais d'inspiration profonde. L'angoisse et la dypsnée cessent après 24 heures.

5. — Arthrite légère du genou gauche qui n'a pas suppuré, a donné de l'atrophie musculaire, mais pas d'adhérence; température, 40°,6.

11. — Arthrite du genou droit avec gonflement intense et douleur très grande. Température, 40°,7. Purulence dès le 3e jour. Large arthrotomie et drainage sous la rotule par le docteur Brin, professeur à l'École de médecine d'Angers; les frissons durent encore 3 jours et cessent le 17 novembre. Les oscillations thermométriques vont ensuite diminuant d'intensité. Le 21, la toux reprend, à l'occasion d'une bronchite due au refroidissement pendant une des crises de sueur qui ont suivi les frissons pendant toute la période septicémique. L'auscultation au niveau de la pointe de l'omoplate gauche décèle un foyer de souffle tubaire, avec râles crépitants humides de retour et de la bronchophonie. La nature de certains crachats peu nombreux et le peu d'étendue du foyer font penser à attribuer à un petit embolus pulmonaire la douleur très vive du 3 novembre, qu'aurait suivi l'élimination du petit territoire pulmonaire embolisé. L'odeur et l'aspect de quelques crachats étaient en effet gangreneux.

Du 26 novembre au 18 décembre la température décroît, pour ne plus s'élever ensuite au-dessus de la normale. Pendant cette période, de petites douleurs avec gonflement se sont montrées dans les deux articulations temporo-maxillaires, le genou gauche, le poignet droit.

Pendant toute la durée de cette grave infection, le cœur n'a pas cessé d'être d'un fonctionnement très régulier; le poumon a subi plusieurs assauts bien supportés; il n'y a pas eu de délire à proprement parler; les accès fébriles les plus forts étaient seulement annoncés par une agitation avec verbosité, dont la malade se rendait compte sans pouvoir y résister; la volonté et l'intelligence sont restées entières tout le temps, la malade a seulement perdu le souvenir du début de la phase septicémique; les fonctions de digestion, à part quelques crises de diarrhée, se sont accomplies presque normalement, l'appétit et la soif modérés.

Aussi M. le professeur Pinard, qui examina la malade le 29 octobre, en pleine septicémie, après deux phlébites des membres inférieurs (un nouveau foyer s'était montré, au niveau du canal de Hunter, dans la saphène interne gauche), après l'apparition d'une douleur suspecte dans le deltoïde droit (qui fut une phlébite d'une veine superficielle), à une

période de fatigue morale chez la malade et le découragement chez son entourage, M. le professeur Pinard put dire : toutes les malades que j'ai vu guérir avaient cette mine-là. Et la malade a guéri.

Actuellement, 10 février 1905, *cinq mois après* l'accouchement, il reste seulement de la raideur du genou droit, et encore sous chloroforme il a été possible de mobiliser cette articulation jusqu'à la flexion complète. Aucun trouble de circulation n'a persisté, aucun œdème malléolaire ou autre.

Si l'on considère cette observation dans son ensemble, on est frappé de la ténacité de cette infection, qui donne 80 jours de fièvre, qui, avec des localisations multiples, ne fait aucune fixation vraiment importante et dans laquelle la septicémie ne commence qu'au 31e jour mais avec une intensité effrayante. et pour se terminer au 63e jour avec une arthrite suppurée d'une grosse articulation. J'ajouterai que l'utérus, comme bien souvent, est resté en dehors de la lutte.

Ainsi que le relate cette observation du docteur Cocard, je fus appelé près de cette malade le 29 octobre. Après avoir fait les constatations relatées dans la note ci-dessus, je fus frappé de la force et de la régularité du pouls, qui ne battait que 96 fois par minute. J'avais déjà fait la même constatation dans cinq cas analogues, où tous les accidents se terminèrent par la guérison. Dans un cas même, avec la phlegmatia alba dolens des quatre membres existait un œdème considérable du tronc tout entier ; aussi je m'appuyai sur cet état du pouls pour formuler un pronostic relativement favorable.

Cela dit, j'arrive à la question traitement. Il avait été convenu, avec mes confrères les docteurs Brin et Cocard, que nul traitement local ne serait appliqué, sauf en cas d'apparition de collection purulente. Mais nous étions tous d'accord pour intervenir aussi rapidement que possible s'il survenait une arthrite ou une pleurésie purulente. C'est en suivant ces indications que le docteur Brin pratiqua largement et heureusement l'ouverture de l'articulation du genou droit le 14 novembre.

Je ne veux pas ici discuter tous les points intéressants de cette observation. Cependant, rapprochant l'histoire des six cas analogues que j'ai eu l'occasion d'observer, je constate que la généralisation de la phlegmatia a toujours suivi de près des *interventions intra-utérines pratiquées tardivement*.

Plus j'observe, et plus j'ai la conviction que nombre d'interventions : injections intra-utérines, écouvillonnages, curettages, pratiquées après le huitième jour qui suit l'accouchement, n'ont d'autres résultats que de généraliser l'infection. Que de salpingites n'ont pas eu d'autre genèse !

Aussi, je ne saurais trop appeler l'attention de mes confrères sur cette question, persuadé qu'aujourd'hui, dans les suites de couches pathologiques, le traitement local *intempestif* est particulièrement dangereux.

M. Doléris. — Je m'associe pleinement à l'appréciation de M. Pinard. J'ai depuis trop longtemps affirmé la nécessité d'intervenir hâtivement, sous peine d'échec, pour n'accepter pas avec empressement l'occasion qui m'est offerte de répéter une fois de plus que le curettage ou l'écouvillonnage de l'utérus puerpéral infecté doivent être pratiqués tout au début et dès l'apparition des phénomènes réactionnels de l'infection. Nul ne peut nier que, le point de départ étant dans la muqueuse, c'est là qu'il faut aller détruire le germe morbide, et ce faisant on agit rationnellement. Mais pour peu que l'on

tarde, l'infection s'est propagée, elle a gagné les annexes, le paramétrium, pénétré les veines, les lymphatiques, le péritoine ; dès lors le curettage ou tout autre procédé antiseptique qui s'adressera à la muqueuse utérine ne comporte plus l'efficacité attendue du traitement local.

Pour les cas les plus communs, la vérité qu'il faut proclamer bien haut, c'est l'inutilité des interventions qui sont pratiquées deux, trois, quatre jours et plus après les débuts des accidents.

M. Champetier de Ribes. — Moi aussi je suis partisan du curettage dans la septicémie puerpérale, surtout quand j'ai la conviction que l'infection vient de l'utérus. Il est donc nécessaire de reconnaître aussi rapidement que possible la cause des accidents fébriles et faire de bonne heure le curettage; le moment d'élection est le 4e ou le 5e jour. Je ne fais jamais de curettage après le 7e jour; comme l'a dit Doléris, on ne peut plus atteindre les microbes qui ont migré hors l'utérus. Je ne pratique le curettage tardif que dans les cas où il existe, par exemple, de la rétention d'une caduque épaisse, comme celle que l'on observe dans les cas de syphilis ou chez les femmes ayant expulsé des fœtus macérés.

M. Lepage. — J'ai eu l'occasion de pratiquer un certain nombre de fois des curettages tardifs, à la fin de la deuxième semaine qui suit l'accouchement à terme, et je n'en ai pas obtenu de bons résultats, sauf dans un cas que je pourrai communiquer ultérieurement.

L'observation de M. Pinard me remet en mémoire un cas que j'ai suivi de près il y a quelques années.

Il s'agissait d'une secondipare, ayant eu une rupture prématurée des membranes, chez laquelle l'accouchement fut spontané ; dès le 3e jour, la température s'éleva à 37°,8, les jours suivants la température atteignit et dépassa 38°, malgré une injection intra-utérine. Le 7e jour la température ayant dépassé 39°, je proposai un curettage, qui ne fut pas accepté par M. Tarnier appelé en consultation ; il ne fut pratiqué que le 9e jour et n'amena pas de détente appréciable dans les accidents fébriles. Vers le 17e jour, on fit appeler un de nos collègues, qui proposa de faire une nouvelle dilatation de l'utérus suivie de pansements intra-utérins. Je lui fis observer que le moment favorable pour la médication utérine était passé, que l'utérus était bien revenu sur lui-même, qu'il n'y avait pas de complications annexielles et pas de liquide suspect s'échappant de l'utérus. Tout en étant d'accord avec moi sur la réalité de cet état satisfaisant des organes génitaux, le consultant m'objecta que les accidents fébriles avaient certainement pour point de départ l'utérus et qu'en assurant le drainage parfait de celui-ci, on avait chance de voir les accidents s'amender. Je me laissai convaincre par ces arguments et pratiquai avec des bougies de Hegar la dilatation utérine, que je fis suivre d'un grand lavage et d'un pansement intra-utérin : cette intervention fut suivie d'une recrudescence dans les symptômes fébriles et de frisson violent. A la suite d'un nouveau pansement, les mêmes accidents se reproduisirent ; je me refusai à continuer le traitement local. La guérison survint à la suite de nombreuses péripéties, que je vous ferai sans doute connaître un jour. Depuis cette époque, la femme a eu deux nouvelles grossesses : l'une qui s'est terminée par la mort du fœtus vers le 2e mois, l'autre par un accouchement à terme avec enfant vivant. Les suites de couches furent cette fois physiologiques.

M. Pinard. — Je constate l'accord de mes collègues sur la nécessité d'une indication formelle pour une intervention intra-utérine pendant les suites de couches. En relatant l'observation ci-dessus, j'ai surtout voulu insister sur l'inutilité et le danger des interventions intra-utérines *tardives*. Assurément,

toute limite générale à l'intervention intra-utérine est arbitraire, et si je suppose qu'après le 9e jour on acquiert la certitude qu'il y a un cotylédon retenu qui provoque des hémorragies ou de l'infection, il faudra, quelle que soit l'époque, faire le nécessaire pour l'enlever; mais, en règle générale, on doit, après le 8e jour, s'abstenir de pénétrer dans l'utérus, avec n'importe quoi: doigt, sonde, écouvillon, curette, à moins d'indication formelle.

M. Champetier de Ribes. — Ce que je voudrais voir se dégager de cette discussion, ce sont les moyens de distinguer les cas où la septicémie vient de l'utérus (le curettage donne alors d'excellents résultats) et ceux où elle vient d'une autre source (col, vagin, périnée).

M. Wallich. — La discussion actuelle porte moins sur les indications du curettage dans l'infection puerpérale que sur les inconvénients que peut présenter cette intervention. A ce point de vue, je puis faire remarquer que, si les curettages ont été pratiqués, dans le service de M. Pinard, pendant les années de mon clinicat (1894 et 1895), en beaucoup plus grand nombre qu'aujourd'hui, les résultats obtenus à cette époque (0,18 p. 100 et 0,24 p. 100 de mortalité par septicémie) sont restés parmi les bons chiffres des statistiques publiées annuellement. En tout cas, ils avaient marqué une notable différence avec les chiffres obtenus les années précédentes : 0,42 ; 0,27 ; 0,36 ; 0,32 p. 100 ; etc. Si donc les indications du curettage peuvent se trouver restreintes à un petit nombre de cas, il n'en reste pas moins établi que cette opération n'a pas eu de conséquences fâcheuses dans les conditions où elle a été pratiquée à la Clinique Baudelocque, c'est-à-dire à une heure ni trop précoce ni trop tardive.

M. Pozzi. — La réaction contre le curettage est légitime à bien des points de vue, mais la protestation de M. Pinard semble dépasser le but. Je ne crois pas que quelques coups de curette, doux, explorateurs, puissent être dangereux.

M. Pinard. — Je considère le *curettage explorateur*, dans les suites de couches pathologiques, comme éminemment dangereux.

M. Wallich. — **Sur la phlébite utérine.** — Existe-t-il, à l'heure actuelle, une affection, nettement déterminée au point de vue symptomatique, à laquelle on puisse mettre l'étiquette phlébite utérine, — affection pouvant se développer en cas d'infection puerpérale ou après les opérations pratiquées sur l'utérus. Je viens poser cette question, parce que le diagnostic de phlébite utérine a été porté récemment, chez une de mes clientes, par deux consultants : l'un médecin, l'autre chirurgien.

Il s'agissait d'accidents fébriles avec frissons, survenant 40 jours après un accouchement, dont les suites avaient été jusque-là sans incidents. On constatait une grande sensibilité dans la fosse iliaque gauche, s'étendant jusqu'au voisinage de l'utérus du même côté. L'hypothèse de phlébite ayant été émise, on fut d'accord pour imposer un repos absolu. Rien ne se produisit du côté des membres, ni aucun accident d'embolie. La malade vit sa sensibilité abdominale disparaître, ses élévations de température durèrent une semaine, le pouls ne montra de fréquence qu'au moment des élévations de température. Le premier

lever eut lieu environ un mois après le début des accidents. La malade est actuellement guérie.

J'avoue avoir fait quelques réserves sur le diagnostic de phlébite utérine, que je voyais poser pour la première fois, prêt à m'y rallier en cas de propagation de phlébite aux membres ou à l'apparition d'une embolie. Comme on l'a vu, rien ne se produisit. Les auteurs, Hervieux et Siredey en particulier, décrivent, sous le nom de phlébite utérine, les accidents graves qu'on observait autrefois comme prélude de la péritonite puerpérale ou de la suppuration des veines. Existe-t-il actuellement une phlébite utérine atténuée, modifiée par l'antisepsie même insuffisante, et dont l'évolution se limite aux veines utérines et iliaques ? cette phlébite a-t-elle des symptômes nets ?

M. Doléris. — Je pense qu'il ne saurait y avoir scientifiquement une phlébite utérine exclusive au sens absolu du mot, le propre des infections étant d'affecter un caractère mixte dans les localisations anatomiques et dans les phénomènes réactionnels. Mais, en clinique, il faut admettre des formes dans lesquelles la localisation veineuse phlébitique est prédominante pour un temps ou définitivement, bien qu'il faille toujours compter avec des foyers somnolents en dehors du système veineux, qui sont toujours susceptibles de se rallumer.

M. A. Siredey. — Le diagnostic de phébite utérine me paraît pouvoir être établi quand on voit apparaître une embolie pulmonaire avant que l'on ait constaté une phlébite d'un membre.

M. Pinard. — A l'heure actuelle il semble impossible d'isoler la phlébite utérine en tant qu'entité morbide.

M. Doléris. — Les symptômes de la phlébite sont caractérisés par le frisson suivi d'une ascension thermique, puis d'une descente ; l'observation lue tout à l'heure par M. Pinard en est un exemple.

M. Segond. — J'ai opéré beaucoup de fibromes, j'ai perdu quelques malades, mais jamais je n'ai constaté de phlébite utérine.

M. Wallich. — D'après les opinions exprimées ici, il est difficile de déterminer un ensemble symptomatique correspondant à la phlébite purement utérine, ou même iliaque, et ne s'accompagnant ni de phlébite des membres, ni d'embolie. Il y aurait pourtant grand intérêt à reconnaître et à diagnostiquer la phlébite, alors que dans les étapes de sa propagation elle est encore cachée au niveau de l'utérus ou dans les veines du bassin, avant qu'elle ne crève les yeux en apparaissant sur les membres ou qu'elle ne se signale d'une façon tragique par une embolie.

Il est quelques signes que les accoucheurs connaissent bien, ce sont ces élévations de température souvent légères, bien vues autrefois par Siredey, mais aussi et surtout la fréquence persistante du pouls. Cette fréquence peut ne pas être excessive et, comme dans l'observation que nous présentait dans cette séance M. Pinard, ne pas dépasser 96 pulsations ; elle n'en mérite pas moins d'être attentivement notée. Je tiens à remarquer que cette fréquence du pouls, qui contraste souvent avec une température absolument normale, mériterait d'être prise en sérieuse considération pour soupçonner la phébite exis-

tante ou menaçante. Cette fréquence persistante du pouls, qui précède si souvent l'apparition de la phlébite et qui persiste fréquemment longtemps après la chute de la température, a fait totalement défaut, en dehors des poussées de fièvre, chez la malade qui a fait le sujet de cette communication.

M. A. Siredey.— M. Wallich a insisté avec raison sur l'importance des modifications du pouls et de la température pour le diagnostic des infections génitales en général, et des phlébites utérines en particulier. Il est nécessaire de prendre la température centrale.

Séance du 8 mai 1905.

M. Sauvage. — **Note sur le pronostic de l'accouchement dans les cas de bassin oblique ovalaire.**

Femme ne présentant rien de particulier dans ses antécédents, en dehors d'une affection douloureuse de la hanche gauche, survenue, vers l'âge de 5 ans et guérie après dix-huit mois de traitement, sans laisser aucun trouble de la marche. Une première grossesse s'est terminée par un accouchement à terme à l'hôpital Saint-Louis, le 22 mars 1894. Plusieurs applications de forceps furent nécessaires. L'enfant, qui pesait 3.500 grammes, dut être ranimé et mis en couveuse. Il présenta des accidents convulsifs pendant les jours qui suivirent la naissance, et son état ne devint plus satisfaisant qu'au bout d'un mois. Il est actuellement vivant.

Enceinte pour la seconde fois, cette femme entra à l'Hôtel-Dieu le 20 juillet 1897. En travail, membranes rompues depuis plus de deux jours. La grossesse pouvait être à terme, les dernières règles datant du 6 au 10 septembre; l'enfant vivant se présentait par l'extrémité céphalique ; les bords de l'orifice utérin étaient dilatés comme deux francs. Pendant la nuit, la tête s'engagea et la dilatation de l'orifice progressa régulièrement, mais l'enfant succomba. Le lendemain matin, la dilatation était complète et la tête engagée profondément. M. Champetier de Ribes pratiqua la craniotomie et l'extraction de l'enfant.

Après la délivrance, M. Champetier de Ribes pratiqua le toucher manuel, dans le but de reconnaître les dimensions du bassin. Il s'agissait d'un bassin oblique ovalaire ; tandis que l'aileron sacré du côté droit avait une largeur normale, deux doigts ne pouvaient trouver place dans l'angle formé par le promontoire et la ligne innominée du côté gauche. L'enfant pesait 4.570 grammes sans matière cérébrale, et le placenta 720 grammes. Les suites de couches furent physiologiques.

Devenue enceinte pour la troisième fois, la femme entra à la Clinique Baudelocque le 30 septembre 1904. Elle était alors dans le huitième mois de sa grossesse, ayant eu ses dernières règles du 12 au 18 février.

Début du travail le 23 novembre, à 8 heures du matin. L'enfant se présentait par l'extrémité céphalique, très mobile au-dessus du détroit supérieur.

Sous l'influence de contractions utérines énergiques et fréquentes, la dilatation ne tarda pas à se compléter; à 5 heures, rupture artificielle des membranes, la tête vint s'appliquer contre le détroit supérieur, orientant sa suture sagittale dans le sens du diamètre oblique gauche.

A partir du moment de la rupture de la poche des eaux, les contractions utérines devinrent encore plus énergiques et plus fréquentes, la femme fit de violents efforts d'expulsion. Bientôt un sillon transversal, facilement perceptible rien qu'à l'inspection du ventre, se creusa dans la paroi antérieure de l'utérus. Cette dépression alla en s'accentuant et se déplaça en remontant vers le fond de l'utérus, si bien qu'elle finit par dépasser l'ombilic de trois travers de doigt. Malgré la violence des contractions et des efforts expulsifs, la tête ne descendait pas.

M. Pinard conseilla d'extraire l'enfant par version. Mais sans être engagée, la tête était

fortement appliquée contre le détroit supérieur et difficilement mobilisable; je me décidai à faire une application de forceps. Je pus saisir régulièrement la tête, qui était en position gauche, variété antérieure. Des tractions soutenues finirent par l'entraîner; j'éprouvai une sensation de ressaut au moment de l'engagement. La tête descendit dans l'excavation toujours orientée dans le même sens, l'occiput à gauche et en avant. Le passage de la tête dans le bassin mou fut l'occasion d'un second ressaut. La tête se dégagea à la vulve, en conservant toujours son orientation primitive. L'enfant se mit à crier aussitôt après l'extraction; il pesait 4.500 grammes. Les diamètres de la tête étaient: O. M. 14,5; O. F. 10,6; S. O. B. 10,3; S. O. F. 11,9; Br. P. 10,1; Br. T. 8,6; S. M. B. 10,4.

Les suites de couches furent physiologiques.

Cette observation prouve une fois de plus qu'un enfant à terme peut passer à travers un bassin oblique ovalaire, naître vivant et se développer dans de bonnes conditions. Ce qui constitue la particularité la plus importante de l'observation, c'est que l'enfant qui a été extrait pesait près de 10 livres et avait une tête volumineuse mesurant plus de 10 centimètres de bipariétal. Ce résultat pourra surtout paraître quelque peu surprenant, si l'on s'en tient à la doctrine classique sur le pronostic de l'accouchement dans les cas de bassin oblique ovalaire. A quelques exceptions près, tous ceux qui ont écrit sur cette question se sont en effet trouvés d'accord pour admettre que l'orientation de la tête fœtale suivant le petit diamètre oblique du bassin est toujours défavorable. Or, il en était précisément ainsi dans notre cas : la tête est restée orientée dans le sens du petit diamètre oblique pendant toute la durée de l'extraction. Il a fallu un concours de circonstances particulièrement heureuses pour que l'enfant ait pu être extrait vivant, malgré son volume très sensiblement supérieur à la moyenne et malgré l'orientation dite défavorable de la présentation. Ce sont ces circonstances qu'il m'a paru intéressant de mettre en relief.

1° Il faut d'abord remarquer que l'on se trouvait dans d'aussi bonnes conditions que possible pour prévoir les difficultés qui pouvaient survenir pendant l'extraction. Le diagnostic de la malformation pelvienne avait été établi dès l'accouchement précédent. Le bassin avait été examiné à de nombreuses reprises pendant la grossesse. On avait même à sa disposition une radiographie faite par M. Varnier et déposée par lui au musée de la Clinique.

2° La femme accouchant pour la troisième fois, la tête fœtale n'eut pas à lutter contre une résistance des parties molles venant renforcer l'obstacle apporté à sa progression par les parois du bassin. D'où réduction minima de l'action traumatisante du forceps.

3° L'application régulière des cuillers du forceps suivant la circonférence jugo-pariétale et la prise solide de la tête qui en est résultée ont eu beaucoup d'influence sur le résultat de l'intervention.

4° Mais les circonstances favorables qui viennent d'être indiquées auraient certainement été insuffisantes si le bassin n'avait pas été large. C'est parce que le bassin était grand malgré sa déformation oblique ovalaire que l'enfant put être extrait. Pendant qu'elle était au dortoir, cette femme fut endormie au chloroforme et son bassin fut examiné par M. Potocki, qui suppléait M. Pinard

pendant les vacances. Les résultats de cet examen furent les suivants : « Lorsqu'on pratique le toucher d'avant en arrière, on arrive directement sur une saillie constituée par l'aileron droit du sacrum, au-dessous de laquelle on sent un cul-de-sac. En dirigeant le doigt un peu à gauche, nouvelle saillie plus accusée, le promontoire regardant à gauche. A côté d'elle, encoche dans laquelle on peut placer un peu plus d'un doigt. Les parties latérales gauches sont plus élevées du côté gauche que du côté droit. Diamètre promonto-pubien utile : 10 cm. 2. Diamètre oblique gauche : 10 cm. 4. Diamètre transversal : large. »

M. Contremoulins a bien voulu radiographier le bassin et en établir les dimensions d'après son procédé de radiométrie. Diamètre promonto-sus-pubien, 106 millimètres; diamètre oblique gauche, 110 millimètres ; diamètre oblique droit, 137 millimètres ; diamètre transverse utile, 114 millimètres ; diamètre bisciatique, 93 millimètres.

A. Couvelaire. — **Métastase utérine d'un cancer de l'estomac apparue au cours d'une grossesse et ayant nécessité l'opération césarienne** (1).

Discussion sur les indications de curettage pendant les suites de couches pathologiques. — A. Pinard. — Après avoir communiqué à la Société une *observation de phlegmatia alba dolens des quatre membres*, j'ai cru bon d'attirer l'attention de mes collègues sur *les dangers* que peuvent faire courir *les interventions intra-utérines tardives.*

Tandis que Doléris et Lepage se sont montrés partisans de mon opinion et pensent, comme moi, que les interventions intra-utérines tardives sont souvent dangereuses, Champetier de Ribes, tout en proclamant qu'il ne pratique jamais le curettage après le 7e jour, ne pense pas que le curettage tardif puisse avoir de conséquences fâcheuses, et Pozzi se montre franchement hostile à ma manière de voir.

La statistique que je vous apporte n'a pas été faite pour les besoins de la cause. Tous les ans, les résultats que je vais vous rappeler sont publiés par les soins de mon ami Lepage, aidé, depuis quelques années, par le docteur Mouchotte dans le *Fonctionnement de la clinique Baudelocque.*

De 1890 à 1894, le traitement curatif des infections puerpérales a consisté surtout dans l'emploi des injections intra-utérines, intermittentes, *prolongées ou continues* dans les cas graves. Les curettages étaient exceptionnels. En 1894, alors que j'avais l'honneur d'avoir pour chef de clinique mon ami Wallich, converti au curettage par ses maîtres, Pozzi et Champetier de Ribes, 38 *curettages* furent pratiqués dans le service pendant l'année.

Depuis cette époque, et bien que les résultats parussent favorables, je crus bon de restreindre cette intervention, ainsi que le montre le tableau suivant :

---

(1) Ce travail a paru *in extenso* dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1905.

Statistique des curettages pratiqués à la Clinique Baudelocque de 1898 à 1904.

1898	6
1899	8
1900	9
1901	9
1902	9
1903	2
1904	5

Vous le constatez, nous sommes loin des 38 cas pratiqués en 1894. Quels ont été les résultats obtenus dans ces conditions ? Les voici :

RÉSUMÉ STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE, A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE, DEPUIS LE 1er JANVIER 1890 JUSQU'AU 1er JANVIER 1905.

ANNÉES	FEMMES			MORTALITÉ		
	Accouch. dans le service	Accouchement chez les sages-femmes agréées	TOTAL	TOTALE	Par septicémie	Pourcentage de mortalité par septicémie °/°
1890	1.244	»	1.244	9	4	0,32
1891	1.654	»	1.654	20	8	0,36
1892	1.834	»	1.834	8	5	0,27
1893	1.920	»	1.920	14	8	0,42
1894	2.139	»	2.139	9	4	0,18
1895	2.080	»	2.080	12	5	0,24
1896	2.270	»	2.270	12	5	0,22
1897	2.314	»	2.314	11	5	0,21
1898	2.305	»	2.305	24	6	0,26
1899	2.506	127	2.633	11	5	0,18
1900	2.442	388	2 830	10	5	0,17
1901	2.229	547	2.776	17	6	0,21
1902	2.015	652	2.667	7	4	0,14
1903	2.075	719	2.794	4	1	0,03
1904	1.841	926	2.774	6	2	0,07

Vous le voyez, si la mortalité par septicémie était tombée pour la première fois en 1894 à 0,18 p. 100, elle est inférieure à ce chiffre aujourd'hui.

Mais, me dira-t-on, il peut se faire qu'en raison de certaines circonstances, d'une prophylaxie plus puissante et mieux appliquée en particulier, la mortalité soit devenue moindre dans mon service. Je répondrai par le tableau ci-dessous, que je puise dans mon fonctionnement.

FEMMES DONT LA TEMPÉRATURE A DÉPASSÉ 38° PENDANT PLUS DE 48 HEURES.

1896	66
1897	59
1898	47
1899	80
1900	64
1901	61
1902	70
1903	58

De tout ce que je viens de vous exposer, je crois avoir le droit de conclure que l'on peut obtenir des résultats satisfaisants, sans pratiquer le curettage, l'écouvillonnage, chez toute femme ayant de la fièvre pendant les suites de couches.

Pour moi, le curettage n'est utile que quand l'écoulement utérin est fétide. Hors ce cas, comme les autres interventions intra-utérines : écouvillonnage, même simple introduction du doigt dans l'utérus, il me paraît inutile et de plus dangereux quand il est mal pratiqué, surtout quand il l'est tardivement.

M. Champetier de Ribes. — Je suis loin de pouvoir donner une statistique aussi satisfaisante ; cependant, dans les trois dernières années, la mortalité par infection puerpérale à la Maternité de l'Hôtel-Dieu est de 0,08 p. 100, c'est-à-dire de 0,01 p. 100 seulement supérieure à celle que vient de nous présenter M. Pinard pour 1903. M. Pinard nous dit que l'abaissement de la mortalité dans son service a coïncidé avec la suppression progressive du curettage : il en conclut que le curettage est plus nuisible qu'utile ; je ne suis pas de son avis. Je crois que dans un service comme le mien ouvert aux infections du dehors, où la salle d'accouchement est séparée par un couloir du service des infectés, le curettage a sauvé la vie de beaucoup d'accouchées.

J'ai la conviction que le curettage a ajouté une arme des plus précieuses au traitement de l'infection puerpérale. Il faut que ce moyen soit appliqué judicieusement : il ne peut naturellement être efficace que dans les cas où le point de départ de l'infection a son siège dans l'intérieur de la cavité utérine. Pour qu'il donne de bons résultats, il faut qu'il remplisse certaines conditions.

Il faut qu'il n'arrive pas trop tard, c'est-à-dire après que les germes développés dans la cavité utérine ont déjà pénétré dans l'épaisseur de la paroi utérine et ont dépassé les limites restreintes du champ d'action de la curette. Il faut qu'il soit radical, c'est-à-dire que tous les agents de l'infection soient enlevés, caillots, débris de membranes, fragments de muqueuse nécrosés.

Il faut que la paroi utérine soit parfaitement nettoyée et aseptisée ; si après le curettage, il reste dans la cavité utérine de la graine septique, le curettage perdra tout ou partie de son efficacité.

Je crois que, lorsqu'elle a pour point de départ la rétention de caduque plus ou moins épaisse ou de caillots, il ne faut pas attendre plus de *quarante-huit* heures après l'apparition des premiers signes de l'infection ; comme le plus souvent, dans les formes graves, celle-ci apparaît du 2e au 4e jour après la délivrance, on doit curetter du 4e au 6e jour pour obtenir les meilleurs résultats ; mais ce n'est pas le temps écoulé depuis l'accouchement qui a de l'importance, c'est le temps écoulé depuis le début des accidents : j'ai obtenu d'excellents résultats de curettages pratiqués le 9e et même le 16e jour. Il faut donc faire très rapidement le diagnostic du point de départ des accidents : il faut en vingt-quatre heures, quarante-huit heures au plus prendre une décision. Aussi je ne disconviens pas qu'on ne soit exposé souvent à faire cette opération alors qu'elle pourrait être évitée.

Mais comme j'espère pouvoir vous convaincre qu'elle est en elle-même inoffensive, toutes les fois que, chez une accouchée ayant de la fièvre pendant vingt-quatre heures, j'ai la certitude qu'après la délivrance il est resté dans la cavité utérine des débris qui peuvent s'être infectés; chaque fois que, dans un cas d'infection qui me paraît s'annoncer comme grave, je ne trouve pas ailleurs que dans la cavité utérine une cause suffisante pour l'expliquer, au risque de faire un curettage inutile, je trouve prudent de nettoyer la cavité utérine. La statistique de la Maternité de l'Hôtel-Dieu vous convaincra, je l'espère, que le curettage n'est pas dangereux ; je ne crois pas qu'il le soit plus qu'une injection intra-utérine.

Quand j'ai pris le service, j'y ai eu une morbidité considérable : 172 femmes sur 954 accouchées, c'est-à-dire 1 sur 5,5, ont eu, au moins une fois, plus de 38° dans l'aisselle pendant leurs suites de couches. Dans l'année, on a fait 54 curettages : 3 femmes curettées sont mortes ; 2 avaient été rapportées de la ville accouchées, délivrées et profondément infectées ; la troisième avait un placenta prævia, avait subi des manœuvres et était infectée avant son entrée. Dans aucun de ces 3 cas, je pense, on n'attribuera au curettage l'issue fatale. Les 51 autres, curettées pour des accidents souvent des plus graves, ont guéri.

Statistique de la mortalité par infection de 1897 *à* 1905.
13 *morts sur* 9.168 *accouchements :* 0,14 *p.* 100.

La mortalité par infection fut en		1897, de 0,31	p. 100.
—	—	1898, de 0,16	—
—	—	1899, de 0,08	—
—	—	1900, de 0,18	—
—	—	1901, de 0,16	—
—	—	1902, de 0,08	—
—	—	1903, de 0,08	—
—	—	1904, de 0,08	—

Sur 13 femmes mortes de septicémie après l'accouchement :

3, accouchées et délivrées en ville, arrivées infectées : curettées toutes trois, 3e, 4e et 7e jour.

1, accouchée en ville, tentatives de délivrance artificielle en ville. Pouls, 160 à l'entrée. *Curettée le 3e jour.*

1, accouchée (en voiture) d'enfant macéré. *Refuse toute intervention.*

Sur les 8 qui restent, et qui sont accouchées et délivrées dans le service :

1 avait une grossesse gémellaire, le premier fœtus étant putréfié. *Curettage fait le 3e jour.*

1 présentait un placenta prævia et avait subi des manœuvres en ville. *Curettée le 3e jour.*

1 chez laquelle on extrait péniblement un fœtus mort et macéré ; elle meurt sans avoir été curettée. *Non curettée.*

1 entre avec la fièvre pour accoucher prématurément enceinte, de 6 mois. *Curettée le 5e jour.*

Parmi les femmes entrées en bon état, accouchées normalement, trois ont été atteintes

de septicémie prise dans le service et ont succombé. Deux ont été curettées, la 3e n'a pas subi le curettage.

Une dernière, en 1898, arrivée sans accident au 10e jour après l'accouchement, a été prise brusquement d'élévation considérable de température et de délire ; cet état ayant persisté, je l'ai fait curetter. Elle est morte cyanosée quelques heures après le curettage. L'autopsie n'a pas révélé la cause de la mort.

Mais ces résultats sont incertains : il suffit d'une malade apportée du dehors, irrémédiablement infectée, pour doubler ce pourcentage sans changer, en somme, la mortalité réelle du service.

La morbidité a progressivement diminué dans mon service et en même temps le nombre des curettages, mais celui-ci est resté sensiblement dans la même proportion vis-à-vis de la morbidité.

Quel qu'ait été le nombre des curettages, la mortalité n'a pas été proportionnelle à ce nombre.

Le curettage ne m'a pas paru pouvoir être incriminé dans les cas qui ont eu une issue fatale.

Je crois pouvoir conclure que le curettage n'est pas dangereux.

J'ajoute qu'il présente d'énormes avantages : dans les deux tiers des cas à peu près (dans beaucoup de ceux où la curette ramène beaucoup de débris), il est suivi d'une amélioration presque immédiate ; l'état général se modifie en quelques heures : pouls et température redeviennent normaux, soit dès le lendemain, soit dans l'espace de deux ou trois jours ; la cause des accidents étant supprimée, les suites de couches reprennent une allure tout à fait normale.

Je ne vois presque plus de malades s'éternisant dans le service avec des phlébites plus ou moins graves ou des complications variées.

70 p. 100 de curettées ont quitté la Maternité, en bonne santé, avant le 21e jour, 81 p. 100 avant le 28e jour.

Le nombre des curettages dans mon service a diminué beaucoup, mais ce n'est pas parce que je le pratique avec moins de confiance, c'est parce que la septicémie est moins fréquente, qu'elle est moins grave et, aussi, parce que je m'efforce de distinguer de plus en plus les cas dans lesquels elle a son point de départ dans la cavité utérine.

M. Wallich. — Je me joins à M. Pinard pour reconnaître que la question des indications du curettage, dans les cas d'infection puerpérale, a subi une certaine évolution depuis 1894. Ainsi que cela vient de vous être rappelé, il avait été pratiqué cette année-là, à la Clinique Baudelocque, 38 curettages dans l'année. J'avoue que l'abaissement à 0,18 p. 100 du chiffre de la mortalité par septicémie avait provoqué mon enthousiasme. M. Pinard l'avait partagé et avait bien voulu m'accepter comme collaborateur pour faire connaître la méthode thérapeutique mise en œuvre. Mais je tiens à faire remarquer que, dès cette époque, dans notre livre sur *le Traitement de l'infection puerpérale*, nous avons, M. Pinard et moi, appelé l'attention sur l'imperfection forcée du curettage le plus soigneux et sur la nécessité d'une antisepsie pré et post-opératoire

Nous avions donné, au point de vue anatomique et au point de vue clini-

que, la démonstration que le curettage ne peut avoir une action bienfaisante que s'il est précédé et suivi d'une action antiseptique énergique. Telles sont les conditions dans lesquelles on avait pu recourir avec succès à une thérapeutique intra-utérine très active ; mais, tout en recommandant ces procédés, nous sentions le danger qu'il y avait à les mettre en œuvre, à agir sans préparation soigneuse sur un utérus septique avec une curette, ou même avec une sonde, trop timidement ou trop audacieusement dirigée.

La thérapeutique de l'infection puerpérale, dans le service de M. Pinard à la Clinique Baudelocque, s'est modifiée par la suite. Une éducation s'étant faite, on a pu progressivement restreindre le nombre des interventions, en les réservant aux cas seuls qui s'annoncent comme devant être très graves, à manifestations précoces et bruyantes. C'est dans ces circonstances qu'une intervention très active (injection intra-utérine, irrigation continue, avant et après le curettage) mérite d'être tentée aujourd'hui comme autrefois, mais demande à être faite par des mains habiles. Si ces conditions ne peuvent être réalisées, l'expectation semble préférable, et elle paraît seule capable de laisser, tout au moins, l'espoir d'une efficace réaction de l'organisme.

G. Lepage. — **Note sur le traitement des péritonites puerpérales.** — En relisant les observations de M. Sourdille et le rapport de M. Mauclaire, intitulé : « Péritonites puerpérales, traitées par la laparotomie ou par la colpotomie postérieure », il m'a semblé que ces deux auteurs tendaient à confondre deux ordres de faits, qui doivent être nettement séparés si l'on veut arriver à une appréciation exacte de la valeur de l'intervention chirurgicale dans le traitement de la péritonite ou de l'infection puerpérale. C'est commettre une confusion que de désigner sous le nom commun « d'infection puerpérale », de « péritonite puerpérale », les accidents infectieux qui surviennent chez les femmes, quel que soit l'âge de la grossesse, quel que soit le mode suivant lequel s'est faite l'infection. C'est commettre une double erreur, non seulement au point de vue de la pathogénie, mais peut-être aussi au point de vue du traitement. Doléris a très judicieusement insisté sur la nécessité d'établir des divisions dans ce grand chapitre de l'infection puerpérale. Comment se peut-il qu'on ait associé, par exemple, des cas d'infection relative à des avortements de 1 à 3 mois avec l'infection consécutive à l'accouchement à terme ou prématuré ? De même Mouchotte dans sa thèse.

Il faut séparer les accidents qui surviennent lorsque la grossesse est interrompue pendant les cinq ou six premiers mois de ceux qui surviennent après l'accouchement à terme ou près du terme. Et dans la première catégorie de faits, désignés sous le nom d'accidents *post-abortum*, il faut encore distinguer les accidents survenant après un avortement spontané ou un avortement criminel, celui-ci causant presque seul la morbidité et surtout la mortalité des femmes de cette catégorie.

On peut, à la rigueur, conserver l'expression vague — et qui cependant est

comprise de tous — de péritonite puerpérale, pour caractériser les accidents péritonitiques qui surviennent pendant les 8 ou 10 jours qui suivent l'accouchement à terme ou près du terme ; cette dénomination a l'inconvénient de mettre sur le compte de la puerpéralité — et par contre-coup de l'accoucheur — des accidents qui auraient pu survenir en dehors de la grossesse (péritonite appendiculaire, péritonite par rupture ou inflammation de la vésicule biliaire), etc.; je préférerais la dénomination d'accidents péritonitiques chez une accouchée, ce qui ne préjugerait pas de la cause des accidents. En tout cas, il me paraît inadmissible, parce qu'ils n'ont ni la même cause ni le même pronostic, de ranger sous cette étiquette les accidents péritonéaux qui suivent l'avortement.

Ces réserves faites, je ne puis qu'approuver les conclusions que notre collègue Mauclaire a posées. Il en est une à l'appui de laquelle je puis apporter deux observations : « Il est évident, dit Mauclaire, que cette intervention, si rapide soit-elle, n'est pas de mise chez les malades déjà moribondes. » Bien que cette restriction puisse paraître d'ordre banal, Mauclaire a eu raison de la formuler : on se trouve entraîné quelquefois dans la pratique à tenter ces interventions sans aucun espoir de succès. Or il faut avoir le courage de s'abstenir. Il est parfois difficile, d'ailleurs, d'apprécier la nature des accidents péritonitiques qui se montrent chez une accouchée et de dire quelle sera la durée de la survie.

Dans la dernière partie de son rapport, concernant la perforation utérine au cours de la septicémie puerpérale, Mauclaire a abordé la question du traitement de cette complication. Il conseille d'intervenir immédiatement, comme si le diagnostic pouvait être toujours nettement affirmé, surtout lorsque l'injection intra-utérine a été faite par un aide, par un élève, comme s'il était toujours facile de distinguer les accidents qui se produisent parfois, au cours d'une injection intra-utérine, sans effraction de ceux qui surviennent lorsque l'extrémité de la sonde a perforé le muscle utérin. Cristeanu, dans son mémoire sur *l'hystérectomie et l'infection puerpérale aiguë*, rapporte deux observations bien suggestives à cet égard : dans la première il s'agissait d'une femme présentant des phénomènes d'infection à la suite d'une fausse couche de 4 mois. Dans un second cas, il s'agit d'une femme ayant fait une fausse couche de 2 mois, chez laquelle, après curage digital, Cristeanu pratique une injection intra-utérine avec la sonde Tarnier.

Ainsi voilà deux observations dans lesquelles des accidents graves — mortels — se montrent au cours d'une injection intra-utérine pouvant faire penser à une perforation utérine, et à l'autopsie on ne trouve pas trace de perforation. Le diagnostic de la perforation utérine n'est pas toujours facile ; de plus, il n'est pas démontré que la laparotomie donne des résultats excellents. Sur quatre interventions pratiquées par M. Mauclaire, une seule femme a guéri, et chez elle la perforation utérine était due à un « abcès utérin interstitiel ou à un foyer de gangrène puerpérale ». On peut d'autant plus hésiter à intervenir que l'expectation n'est pas toujours suivie de la mort de la femme, comme semble le prouver une observation recueillie, il y a deux ans, dans mon service de la Pitié :

Mme X..., secondipare, 40 ans, entre à la Maternité de la Pitié ayant expulsé en ville un fœtus de cinq mois, non macéré. Depuis trois mois cette femme avait des hémorragies répétées. On cherche à faire le curage digital ; mais quoique l'orifice externe se laisse distendre, l'orifice interne ne peut être dilaté. On met une mèche iodoformée, et on administre le sulfate de quinine (1 gramme en 2 fois).

1er *décembre*. — T., matin, 37°; P. 88. Orifice interne fermé ; T., soir, 37°.

2. — T., m., 37° P., m., 96. Injections vaginales. La femme a perdu un filet de sang toute la nuit. Le matin, la parturiente a perdu 300 grammes de caillots. M. Lepage compte le pouls à 90 ; mais comme les contractions utérines continuent, M. Lepage ne juge pas à propos d'introduire un ballon.

P., s., 130. Mme Chineau pratique le toucher et trouve le placenta décollé s engageant dans le col. Elle introduit la main dans le vagin, deux doigts dans l'utérus et ramène le placenta au dehors. Injection intra-utérine. La femme est dans un état syncopal; facies pâle ; muqueuses décolorées. Pouls petit, fuyant et avec intermittences. Injection de caféine et injection de sérum de 500 grammes. Immédiatement après, le pouls devient plus net. La tension remonte et la femme revient de son état syncopal.

4. — Le matin, la femme a un grand frisson. La température est montée à 39°,6. Le pouls est à 120. La malade se plaint toujours de céphalée avec bourdonnements d'oreilles (a pris de la quinine).

5. — Elle se plaint toujours de céphalée. Pouls : 116. Température : 38°6. Photophobie. Constipation. Bourdonnements d'oreilles. Râles de bronchites aux sommets avec râles crépitants. M. Lepage, ayant vu la malade le matin à 10 heures, ne pense pas qu'il y ait nécessité d'un curettage. Il ordonne une injection intra-utérine. Un élève du service se met en devoir de la pratiquer ; il éprouve de la résistance. Un externe prend la sonde en main, exerce une pression un peu forte, la sonde pénètre brusquement, et la femme pousse un cri. Elle devient pâle; l'eau de l'injection ne ressortant pas par la vulve, on arrête l'injection au bout de quelques instants. Douleurs syncopales. Pâleur de la face. Matité siégeant sur les parties latérales de l'abdomen et remontant jusqu'à l'ombilic. Pouls petit, irrégulier, frappé à 110. Vomissements. Hoquet. Mme Chineau prévenue pense à une perforation utérine : elle fait appliquer de la glace sur le ventre. Injection de caféine, 800 grammes de sérum, 4 heures du soir. Le pouls est à 110. On fait une injection de morphine à 9 heures du soir. Pouls : 120.

6. — Frisson. Pouls : 108 ; T., 39°,8. Abdomen très douloureux. Soir, pouls, 108, mieux frappé. T., 39°,8. Abdomen tympanisé.

7. — Température : 37°,5. Pouls : 96. Céphalée. Douleurs abdominales. Abdomen tympanisé. Soir : température : 37°,6. Pouls : 90. Utérus gros et élevé.

8. — Température : 37°,6. Pouls : 86. Abdomen moins douloureux. Tympanisme disparu Sonorité normale dans les fosses iliaques. État général très amélioré. La céphalée persiste cependant avec moins d'intensité.

A partir de ce jour jusqu'au départ, le mieux se maintient ; la température devient normale. Le jour de son départ, 17 décembre, M. Lepage examine la femme et trouve un peu d'empâtement dans le cul-de-sac droit, mais sans douleur vive.

Je ne conseille pas, bien entendu, l'abstention systématique dans les cas de perforation utérine avec la curette ou la sonde intra-utérine; je crois que, dans nombre de cas, elle est formellement indiquée, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme ayant accouché à terme; mais ici, comme souvent en clinique, il ne faut pas de formule trop absolue, et il me semble que celle donnée par Mauclaire n'échappe pas à ce reproche.

M. A. Doléris. — **Fibrome utérin incarcéré, grossesse. Hystérectomie. Guérison.** — L'observation a trait à un cas de fibrome utérin à masses multiples, dont la principale remplissait entièrement l'excavation pelvienne ; l'utérus gravide, contenant un fœtus de trois mois environ avec œuf complet, était maintenu surélevé au faîte de la tumeur et dépassait l'ombilic. La grossesse était restée

méconnue au moment de l'opération. Celle-ci fut nécessitée par l'accroissement douloureux et rapide de la masse néoplasique, due très certainement à l'état de gestation.

M. Doléris. — **Large fistule recto-vaginale provoquée par un pessaire. Procédé opératoire spécial. Guérison.** — Il s'agit d'une malade de 68 ans ayant présenté une fistule recto-vaginale provoquée par un pessaire, et chez laquelle j'ai employé, pour faire disparaître cette infirmité, un procédé opératoire particulier.

Je constate l'effondrement linéaire du cul-de-sac postérieur communiquant avec le rectum. Une large fistule, transversale, de 4 centimètres sur un demi-centimètre environ, bâille au fond du cul-de-sac postérieur. On aperçoit la muqueuse rectale bourgeonnante, tuméfiée, rougeâtre. Les lèvres de l'orifice sont rigides, épaissies, indurées, les tissus en sont pâles et scléreux. Le cul-de-sac est plissé et rétracté. L'orifice anal ne sert aucunement à la défécation.

Opération sous le chloroforme. La paroi postérieure du vagin est pincée au-dessous de la fistule et abaissée. Le col utérin est saisi par une pince et attiré en haut. L'orifice fistuleux présente alors ses bords assez largement étalés, mais il ne peut être attiré vers la vulve.

J'estime que les procédés ordinaires par simple avivement ou par dédoublement ne sauraient donner un résultat satisfaisant, et j'imagine le procédé suivant : à 1 centimètre et demi environ du bord, je pratique une incision circulaire qui entame profondément la paroi vaginale, et je dissèque celle-ci avec soin, concentriquement, en conservant la plus grande épaisseur possible à la collerette ainsi obtenue. L'opération est laborieuse, vu la sclérose des tissus. La dissection s'arrête au rebord fistuleux, au pourtour duquel la collerette décollée circulairement reste insérée. Les choses sont telles que je puis soulever aisément avec des pinces la circonférence externe de cette collerette et la redresser à la façon d'une fraise.

J'introduis alors, par le rectum, une pince de Kocher, qui vient saisir ce bord libre décollé en un point ; puis une seconde et une troisième saisissent d'autres points et, agissant par une traction simultanée, renversent, luxent et finissent par invaginer totalement vers le rectum le lambeau mobile. A ce moment l'orifice de la fistule est entièrement aveuglé et figure un cul de poule.

Tandis qu'un aide maintient les pinces qui assurent le renversement du lambeau vers le rectum, je passe un fil de catgut circulaire autour de l'orifice fistuleux et je serre cette ligature, à la manière des cordons d'une bourse, aussi fortement que possible pour affronter très exactement les tissus cruentés et oblitérer le trajet.

Il ne me reste plus qu'à placer des sutures au crin de Florence sur la surface avivée d'avant en arrière, de manière à opérer l'affrontement de ces surfaces, comme dans l'opération de Le Fort.

Une fois les sutures serrées et le pansement vaginal fait à sec avec de la gaze iodoformée, je pratique le toucher rectal et je constate que le lambeau vaginal, froncé par la striction de la suture en bourse, forme une sorte de moignon épais qui fait tampon dans le trajet et en opère le calfeutrage parfait.

Malgré la mauvaise qualité et la pauvreté vasculaire des tissus, le résultat a été obtenu du premier coup et sans accident.

(*A suivre.*)

REVUE ANALYTIQUE

MOLE, CHORIO-ÉPITHÉLIOME, CORPS JAUNE

Chorio-épithéliome primitif du vagin. R. Marie. (*Société anatomique*, séance du 18 novembre 1904.)

Il s'agit d'une tumeur du vagin, opérée par M. le docteur Schwartz en raison des hémorragies abondantes qu'elle avait provoquées.

La paroi vaginale était infiltrée de nombreux noyaux très variables comme volume, les uns n'étant pas plus gros qu'une tête d'épingle, les autres atteignant le volume d'une noisette ou d'une petite noix. Le plus grand nombre d'entre eux étaient sous-muqueux; quelques-uns étaient ulcérés et communiquaient avec la cavité vaginale. A la coupe tous avaient le même aspect. C'était celui d'un foyer hémorragique arrondi, absolument rouge au centre, donnant l'impression d'un caillot sanguin presque pur, et se dégradant et s'infiltrant à la périphérie dans les tissus relativement sains du vagin. En dehors de ces foyers hémorragiques, la paroi du vagin était enflammée, mais ne présentait en aucun point de masse néoplasique.

L'*examen microscopique*, pratiqué en janvier 1898 sur quatre ou cinq de ces noyaux, ne me permet de déceler aucun élément caractéristique. Il s'agissait uniquement d'une hémorragie ayant dissocié et surtout refoulé en dehors d'elle les fibres et faisceaux musculaires de la paroi vaginale. Le sang coagulé était sillonné de nombreuses travées fibrineuses, souvent stratifiées les unes au-dessus des autres. En certains points de ce caillot il y avait une accumulation anormale de leucocytes. En dehors de ces noyaux hémorragiques, et sur une très grande étendue, il y avait une très vive réaction inflammatoire. Tous les tissus sont dissociés et souvent noyés par d'innombrables leucocytes. Les vaisseaux capillaires et les veinules sont distendus et presque tous ont leur lumière occupée par un thrombus leucocytique.

En aucun point, soit dans l'hémorragie, soit en dehors d'elle, on ne pouvait apercevoir d'éléments vivants caractéristiques permettant de poser un diagnostic de tumeur.

Sur certaines coupes cependant on trouvait, au milieu de l'hémorragie et dissociés par le sang, des éléments mortifiés. C'étaient des cellules volumineuses polyédriques, à protoplasma abondant, présentant quelquefois plusieurs noyaux mais impossibles à bien colorer, étant donné leur état de mortification.

Dans quelques-uns on voyait même des vacuoles contenant des globules

sanguins. Cet aspect m'avait fait penser qu'il pouvait s'agir d'un *sarcome angioplastique*, mais il était impossible sur les régions examinées de porter un diagnostic ferme.

J'ai repris en 1904 l'étude de cette tumeur et, après plusieurs examens aussi négatifs que les premiers, je suis tombé sur une région caractéristique du *chorio-épithéliome*.

En effet, en un point, mais en un seul, j'ai rencontré les éléments pathognomoniques : cellules de Langhans et plasmodium syncitial.

Ces éléments se trouvent dans l'hémorragie même et séparés, par du sang épanché, du tissu du vagin. Les cellules de Langhans se montrent sous forme de placards irréguliers. Les noyaux sont très vivement colorés, ils sont arrondis. Le protoplasma est distinct pour chaque cellule. La limite des cellules est assez nette et donne l'aspect d'une mosaïque.

Les masses de syncitium sont encore plus caractéristiques. Tantôt elles sont distinctes des cellules de Langhans, disséminées au milieu du sang épanché. Tantôt elles sont en rapport direct avec lui et viennent pour ainsi dire s'insérer sur lui. Ce syncitium est très abondant ; il est formé d'un protoplasma grenu, se colorant très bien par l'éosine. En certains points la masse est filamenteuse et comme étirée. Elle limite alors de nombreuses cavités, ou vacuoles arrondies ou ovalaires, remplies soit de sang, soit de liquide coagulé en fines granulations.

Les noyaux sont toujours accumulés en certaines régions, en général assez distants des régions vacuolisées. Ces noyaux sont relativement petits, plus petits que ceux des cellules de Langhans ; ils sont légèrement ovalaires et vivement teintés par l'éosine.

En dehors de ces grosses masses plasmodiales, on en trouve de plus petites disséminées çà et là. Un grand nombre n'ont qu'un à deux noyaux et donnent l'impression d'éléments cellulaires polyédriques. En général ces éléments, qui sont dissociés, sont plus ou moins mortifiés.

Dans cette même coupe, en examinant les régions immédiatement en dehors de l'hémorragie, on retrouve des éléments néoplasiques. Ils sont disséminés çà et là, sans ordre, entre les faisceaux ou fibres musculaires et donnent l'impression d'éléments en migration. En un point on les voit s'insinuer entre les différents éléments de la paroi d'une artériole et arriver ainsi jusqu'auprès de la cavité vasculaire. La paroi est plus que doublée d'épaisseur et tous les éléments en sont dissociés. C'est incontestablement là le procédé d'ulcération des vaisseaux, qui préside aux énormes hémorragies qui sont caractéristiques de ces tumeurs.

En résumé, il s'agit ici d'un cas de tumeur primitive du vagin d'une très grande rareté. Le diagnostic en a été des plus difficiles, par ce fait que la plupart des noyaux ne contenaient plus les éléments caractéristiques, qui avaient été dissociés par le fait de l'hémorragie et qui s'étaient secondairement mortifiés. Ceux-ci n'ont été trouvés suffisamment nets que dans un seul noyau. Enfin à signaler la ressemblance de ces tumeurs chorio-épithéliomateuses avec

les sarcomes angioplastiques, au point que l'on est en droit de se demander s'il n'y a pas identité entre ces deux espèces de tumeurs.

De la môle hydatiforme (Ueber die Blasenmole). GOTTSCHALK, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 3, p. 516.

La nature et l'étiologie de la môle hydatiforme n'ont jamais plus vivement sollicité l'attention et la sagacité des observateurs. A l'heure actuelle, une opinion, née de la coïncidence fréquente de formations kystiques dans l'ovaire, avec hyperproduction de cellules à lutéine (1), et de la théorie du rôle fonctionnel important des corps jaunes (Born-Fraenkel) (2), tendrait à mettre à l'origine de ces tumeurs une *hyperactivité chorio-épithéliale : la môle hydatiforme serait effet d'un processus provoqué dans la partie épithéliale de la villosité par des actions intra-ovariques.*

Or, une observation intéressante et l'étude minutieuse de deux pièces pathologiques tout à fait rares de môle exclusivement limitée au *chorion lœve* et très appropriées à la solution de cette question ont permis à Gottschalk de s'élever formellement contre ces nouvelles idées pathogéniques et étiologiques, et de formuler les conclusions suivantes :

1° La dégénérescence vésiculo-môlaire est *primitivement* liée à des troubles dans la circulation fœtale villeuse qui — en raison de difficultés, d'obstacles à la circulation en retour vers l'embryon — produisent à ce niveau une forte stase et progressivement arrêtent toute circulation dans les villosités atteintes.

2° Les bourgeonnements chorio-épithéliaux exubérants des môles hydatiformes, contrairement à l'opinion actuellement prépondérante, sont de nature *secondaire.* Ils se font *dès que les villosités en processus de dégénérescence vésiculo-môlaire sont abondamment baignées par le sang maternel*, condition qui, dans le domaine du *chorion lœve*, ne se réalise en général qu'après destruction de la capsulaire.

3° Les altérations polykystiques au niveau des ovaires dans les cas de môle hydatiforme avec leurs caractères spéciaux ne sont que des effets des troubles circulatoires importants déterminés dans les vaisseaux ovariques par la môle hydatiforme ; *ils n'ont, en fait, aucune importance étiologique.* R. L.

Résultats de recherches portant sur un stade précoce de môle hydatiforme (contribution à l'étiologie de cette affection) (Untersuchungsergebnis eines Frühstadium von Blasenmole [Zugleich ein Beitrag zur Ætiologie derselben]), STOFFEL. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXI, Hft. 5, p. 583.

L'auteur fait observer que si les travaux et recherches sur la môle hydatiforme sont très nombreux, par contre, des études sur les premiers stades de la dégénérescence môlaire, si dignes pourtant de fixer l'attention, sont fort rares. Quant à lui, il a eu l'heureuse occasion d'étudier un œuf de la fin du deuxième

(1) *Annales de Gynéc. et d'Obst.*, juin 1903, p. 477.
(2) *Annales de Gynéc. et d'Obst.*, février 1904, p. 109.

mois ou du commencement du troisième, lequel était en voie de dégénérescence môlaire ; cet œuf ainsi que la caduque vraie correspondante, il les a soumis à des examens histologiques minutieux, complétés par des recherches bactériologiques, — qui lui ont permis de dégager un certain nombre de propositions sur : *a) la lésion essentielle dans la môle hydatiforme ; b) l'état de la muqueuse utérine et la présence de microorganismes ; c) l'étiologie de l'affection.*

1° *Lésion essentielle.* — Résumant brièvement toutes les particularités qui confèrent à cette môle sa physionomie propre, il ressort que *la condition capitale est dans la prolifération excessive et atypique du syncitium.* Par son activité, il aboutit à des accumulations épithéliales à la surface du chorion, dans lesquelles pénètre le stroma avec sa couche cellulaire. La proéminence ainsi produite s'allonge, tandis qu'elle s'amincit à la base, d'où formation d'une villosité. Semblables bourgeonnements épithéliaux se développent-ils sur des villosités déjà constituées, il y a formation de villosités-filles. D'autre part, le *syncitium de la môle vésiculaire est caractérisé* par des *modifications dégénératives* (apparition de masses fibrineuses, vacuolisation). Parallèlement, la couche cellulaire de Langhans répond par une prolifération de ses éléments à l'activité exubérante du syncitium ; elle se distingue aussi par des modifications dégénératives (*gonflement hydropique* de cellules, qui aboutit à la formation d'un réseau à mailles à la base du revêtement épithélial ; dégénérescence du protoplasma et transformation du noyau en mucine, d'où production des gros éléments qu'on aperçoit au sein du syncitium). Dans le stroma dont les éléments sont fortement gonflés, hydropiques, surtout dans le stroma intravilleux, où le gonflement va jusqu'à la liquéfaction, dans ce stroma il y a — *mais en petite quantité — de la mucine.* Aussi, comme l'observation démontre, *même dans les œufs non dégénérés suivant le processus de la môle hydatiforme, la présence de la mucine, il ne paraît pas juste d'attribuer à cette teneur en fibrine un rôle prépondérant et de lui assigner la qualité d'attribut caractéristique de la môle hydatiforme.*

2° *État de la caduque, présence de microorganismes.* — Après description des particularités histologiques fournies par l'examen de la caduque, l'auteur écrit : « Ces états divers d'infiltration, particulièrement l'apparition d'infiltrats circonscrits dans l'épaisseur du tissu décidual normal, les métamorphoses secondaires, le développement de tissu connectif ne permettent pas de douter un instant que la caduque ne soit le siège d'un *processus phlegmasique* de nature partiellement aiguë, partiellement chronique » ; et soupçonnant que ce processus phlegmasique devait être sous la dépendance de *microorganismes*, il fit des *recherches bactériologiques*, d'abord au point de vue de la présence possible du gonocoque, ce qui donna un résultat négatif, mais qui mirent en évidence une quantité énorme de *cocci* (suit la description de ces cocci et de leurs affinités aux divers réactifs colorants).

3° *Étiologie.* — Des considérations précédentes, il ressort nettement que la caduque, dans le cas de môle hydatiforme, serait souvent malade, et certes ce n'est pas aller trop loin que de placer un certain rapport étiologique entre l'inflammation de la caduque et la dégénérescence vésiculo-môlaire.

Pour moi, conclut l'auteur, je ne puis m'empêcher de considérer, dans ce cas, *l'endométrite*, dont il faut rechercher la cause dans les microorganismes décrits, comme le vrai facteur de la môle hydatiforme. »

R. L.

Sur les productions chorio-épithélioïdes dans les tératomes du testicule (Ueber chorioepitheliomartige Wucherungen in Hodenteratomen). R. Emanuel, *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd., XXI, Hft. 5, p. 601.

Emanuel ajoute une observation de plus aux faits curieux qui sont venus augmenter l'intérêt déjà si vif éveillé par l'étude du chorio-épithéliome : *formations chorio-épithéliales* observées sur un *tératome du testicule* (1). Les tératomes de la glande génitale mâle constituant déjà une variété de tumeurs (2) fort intéressantes par elles-mêmes, dont l'étiologie et la pathogénie ont été le point de départ de travaux importants, et dont une interprétation (dépôt congénital de cellules fœtales inutilisées d'abord et restées plus ou moins longtemps à l'état de repos, d'où elles sortent à un moment donné sous l'influence d'une circonstance à déterminer) expliquerait simplement le développement de ces formations chorio-épithéliomateuses, qu'on s'accorde, au moins en général, à reconnaître comme des produits de l'hyperactivité de certaines cellules éminemment fœtales (trophoblaste).

Dans l'observation d'Emanuel, il s'agit d'un *tératome du testicule gauche*, observé chez un homme âgé de 26 ans, tumeur dont l'auteur fait une description histologique très minutieuse, avec figures à l'appui, et qui au résumé était composée d'éléments anatomiques les plus divers, avec pourtant prédominance de deux types tissulaires: *a*) formations chorio-épithélioïdes; *b*) formations anatomiques, la plupart du temps disposées à la façon de tubes glandulaires, avec fréquemment le caractère papillaire (semblable à des néoplasies cancéreuses). Par rapport à ces deux formations, les autres éléments anatomiques reculent à un plan très inférieur, bien qu'ayant une réelle importance au point de vue de la signification et de l'intelligence de la tumeur ; outre le stroma connectif lâche, plus ou moins abondant suivant les régions, qui circonscrit ou sépare les proliférations cellulaires, on constate partout dans la tumeur les formations cystiques canaliculaires et fissuraires les plus variées, qui sont pourvues d'un épithélium cylindrique haut, uni ou pluristratifié avec, parfois, des cellules caliciformes, puis des cellules cubiques ou tout à fait plates — parfois tout à fait claires, transparentes. Le revêtement de kystes isolés par un épithélium pavimenteux net est extrêmement rare ; toutefois, bien que net, il n'est pas assez dominant pour conférer le *caractère d'épiderme*, si souvent observé dans ces tumeurs du testicule. Cet assemblage, ce conglomérat des tissus les plus divers, impose le qualificatif de *composé*, *mixte*, donné au néoplasme, et,

(1) *Annales de Gyn. et d'Obs.*, novembre 1903, p. 363.
(2) Papeuf, Thèse de Paris, 1903. Naud.

de plus, la réunion d'éléments anatomiques correspondants aux trois feuillets du blastoderme, justifie celui de *tératoïde*. Enfin, après examen critique des travaux et des faits correspondants, l'auteur conclut qu'il s'agit d'un *tératome*, avec formations semblables à celles du chorio-épithéliome, et estime, en outre, que les formations épithéliomateuses rappelant des productions cancéreuses doivent être considérées comme un dérivé particulier, et par prolifération, des cellules de Langhans.

Un cancer de l'ovaire avec formations chorio-épithélioïdes (Ein Karzinom des Eierstockes mit chorioepitheliomartigen Bildungen). F. Michel, *Zent f. Gyn.*, 1905, n° 14, p. 422.

F. Michel relate un cas de *cancer de l'ovaire avec formations chorio-épithélioïdes*, après avoir rapporté une observation, de Pick, de développement *apparent* de chorio-épithéliome dans un embryome de l'ovaire.

Le fait observé par l'auteur concerne une jeune fille de 16 ans, qui avait *un aspect extrêmement infantile* et qui était entrée à l'hôpital pour une tumeur du ventre, compliquée de grandes souffrances. La laparotomie fut faite, l'utérus et les annexes enlevés, ce qui permit de constater surtout une tumeur de l'ovaire gauche, du volume d'une tête d'adulte, tandis qu'au cours de l'opération on avait reconnu un nodule métastatique au niveau de la paroi antérieure du Douglas. Or, deux ans et demi après, la malade revenait à l'hôpital, où elle mourut peu après d'une récidive considérable de la tumeur, avec métastases rénales et hépatiques. Or, la particularité intéressante de ce fait, particularité que l'auteur met bien en relief, c'est que des examens histologiques répétés, et soigneux de la *tumeur primitive et de la tumeur récidivée* démontrèrent que le première était indiscutablement un *cancer de l'ovaire* avec formations papillaires, tandis que dans la seconde et surtout dans ses noyaux métastatiques il y avait des formations anatomiques de nature à faire croire, à défaut des caractères de la tumeur primitive, à un vrai chorio-épithéliome.

Cette observation, écrit, l'auteur, *nous permet de faire remarquer qu'il se rencontre chez des sujets jeunes des cancers* (ou endothéliomes) *qui, particulièrement dans leurs métastases, peuvent présenter de grandes analogies avec le chorio-épithéliome typique. Naturellement, nous sommes loin de contester l'exactitude des états, des faits de Schlagenhaufer, de Pick, etc. Il nous suffit d'avoir montré avec quelle circonspection il faut faire le diagnostic de chorio-épithéliome.*

Existe-t-il un épithélioma chorio-ectodermique de l'ovaire (Gibt es ein Epithelioma chorioketodermale des Eierstockes). F. Michel, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 22, p. 673.

Dans cet article, Michel prend surtout à parti un travail de Pick, dans lequel ce dernier expliquait les formations anatomiques tubuliformes et papillaires, ayant *a priori* l'apparence d'une production cancéreuse et déve-

loppées dans un tératome de l'ovaire, par des proliférations des cellules de Langhans, etc. Or, de l'analyse critique du travail de Pick, Michel conclut « que cet auteur n'a pas apporté la démonstration inattaquable de la nature chorio-épithéliomateuse de ces tumeurs » ; quant à lui, *il estime avoir prouvé qu'il y a des cancers de l'ovaire qui, en conséquence de leurs relations avec le système vasculaire sanguin, en conséquence peut-être aussi de leur début durant sa période fœtale, peuvent présenter des formations tissulaires comme on en observe dans le chorio-épithéliome.*

Il concède d'autre part à Pick qu'il peut sans doute arriver que des parties ovulaires situées dans un tératome de l'ovaire soient le point de départ d'un chorio-épithéliome, mais il conteste que son collègue en ait fait la preuve.

Pour l'étude de l'épithélioma chorio-ectodermique (Zur Lehre von Epithelioma chorioektodermale). L. Pick, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 18, p. 545.

Encore sur l'origine du chorio-épithéliome et de l'épithélioma chorio-ectodermique d'un dépôt congénital (Noch einmal Zur Entstehung des Chorioepithelioms und Epithelioma chorioektodermale aus kongenitaler Anlage). L. Pick, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 26, p. 821.

Les deux autres articles de Pick sont une réponse à ceux de Michel. Dans le premier, il conteste l'interprétation adoptée par son auteur. *Ainsi*, écrit-il, *en fait je ne vois pas pour le cas de Michel d'autre interprétation plus rationnelle, plus vraisemblable que celle d'un néoplasme chorio-épithélial sur un fondement congénital* (tératomateux), *dont les cellules de Langhans proliférées se manifestent en partie sous la forme d'un chorio-épithéliome typique et en partie sous celle d'un épithéliome chorio-ectodermique.*

Quant à son second article, article éminemment de polémique, il le termine avec raison, pensons-nous, ainsi : « Au fait, ce qu'il faut avant tout souhaiter, c'est une extension de l'information clinique par des faits examinés à fond. On solutionnera ainsi de façon plus prompte et plus persuasive les questions en suspens, que par la prolongation d'une polémique à laquelle je renonce. »

Des mitoses dans le corps jaune et des idées récentes sur sa signification (La misosi nel corpo luteo e le recenti congetture sulla significazionè di questo). Paladino (G.), *Archivio di Ost. e Ginéc.*, février 1905, p. 65.

L'auteur qui s'est beaucoup occupé de la formation des corps jaunes au point de vue de leur histogenèse et de leur signification, est loin de leur reconnaître l'importance que leur attribue la théorie de Born-Fraenkel. Après avoir rappelé les opinions qui se sont fait jour dans ces derniers temps, et résumé les détails histologiques, P... formule les conclusions suivantes : 1° la karyokinèse est un mode de multiplication largement représenté dans la formation des

corps jaunes tant dans les cellules à lutéine que dans les vaisseaux ; on l'observe aussi dans la période de développement du corps jaune et dans celle de sa préparation, c'est-à-dire dans la phase du *follicule mûr*.

2° Le lieu de genèse du corps jaune est la *theca folliculi* avec participation à différent degré du stratum interne et externe, et aux dépens tant des éléments autochtones que des éléments venus par migration.

3° Le corps jaune est, indiscutablement, de nature connective.

4° Sa signification — celle qui est la plus conforme aux données de l'observation et que j'ai formulée — est : il sert d'abord à préparer et à produire la rupture du follicule ovarique, après quoi survient un processus clinique de cicatrisation et de réparation de l'ovisac rompu.

R. L.

OUVRAGES REÇUS

Travaux d'Obstétrique, par le docteur L. Vallois, professeur agrégé d'accouchements à la faculté de médecine de Montpellier. 1 volume in-8° de 414 pages, avec 11 planches hors texte. Prix : 10 francs. Montpellier, 1905, Coulet et fils, édit.

Mémoires et leçons d'Obstétrique, par le docteur P. Puech, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier. 1 volume in-8° (250×165) de 466 pages. Prix : 8 fancs. Montpellier, 1905, Coulet et fils, édit.

Le Gérant : G. Steinheil.

Paris. — Imp. E. Arrault et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.

G. STEINHEIL, Éditeur, 2, rue Ca

TRAITÉ

DE

MÉDECINE OPÉRATOIRE ET DE THÉRA

PUBLIÉ SOUS LA DIRECT

Paul BERGER et

Professeur à la Faculté de Médecine P
Membre de l'Académie de Médecine Mem
Chirurgien de l'hôpital Necker Ch

CHIRUR

OTO-RHINO-LARYN

(OREILLE - NEZ - SINUS DE LA FACE - PHARYNX

Par GEORGES LA

Ancien Assistant d'oto-rhino-laryngologie d

Un volume in 8 grand-jésus de 976 pages av

PRIX. . . . . .

PARUS PRÉCÉDEMMENT DANS CETTE

Chirurgie orthopédique, par Paul BERGE médecine, et BANZET, chef du laboratoire Faculté de Paris. Un volume in-8 grand-jésu dans le texte . . . . . .

La Rhinoplastie, par CH. NÉLATON, agré chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, et P. O à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. Un avec 391 figures dans le texte . . . . . .

Chirurgie du système nerveux (crân moelle, nerfs), par GEORGES MARION, p de médecine de Paris, chirurgien des hô 530 pages, avec 320 figures dans le texte . .

Chirurgie des organes génito-urinaire HARTMANN, sous-directeur des travaux de m Un vol. gr.-jésus de 432 pages, avec 412 figu

Chirurgie de l'œil et de ses annexes. de clinique ophtalmologique à la Faculté 440 pages, avec 311 figures dans le texte .

Supplément aux *Annales de Gynécolo*

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

De l'apiol.

L'apiol est le principe actif de la semence de persil, dont les propriétés emménagogues sont incontestables et reconnues par la plupart des auteurs qui l'ont étudié (Bouchardat, Bouchut, Siredey, etc.). Cette action est utilisée surtout dans la dysménorrhée, quand celle-ci doit être traitée, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une inflammation de l'utérus ou des annexes. L'indication principale est fournie par les règles douloureuses des jeunes filles, dont la *Gazette hebdomadaire* a étudié le traitement dans un article récent. Ajoutons que l'apiol se serait montré efficace dans les fièvres intermittentes de moyenne intensité (Manquat).

Doit-on donner le nom d'apiol au liquide oléagineux, non volatil, d'une coloration variant du jaune ambré au vert et même au vert brun, de saveur âcre et piquante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme? Ou bien ce liquide n'est-il autre chose qu'un produit complexe, dans lequel on peut isoler un principe actif cristallisable? Ce sont là des points qui ne sont pas encore définitivement tranchés et sur lesquels les opinions des chimistes varient avec leurs pays d'origine.

Tandis que l'apiol liquide semble ou plutôt semblait, il y a encore peu d'années, prévaloir en France et en Belgique, en Allemagne, au contraire, l'apiol cristallisé est adopté à l'exclusion des autres formes sous lesquelles il peut être obtenu.

La caractéristique de ce désaccord est fournie par ce fait assez curieux que quelques fabricants allemands qui, dans leur préparation de l'apiol, obtiennent le principe cristallisé à côté du principe liquide, se réservent le premier pour les besoins de la consommation allemande et livrent à la consommation française le principe liquide, qu'ils ne peuvent écouler chez eux.

Si l'on admet l'opinion qui prédomine en Allemagne et à laquelle de sérieux travaux des chimistes allemands ont ajouté un regain d'intérêt (*Annales de Merck*, 1896-98), l'apiol, chimiquement pur, serait un corps cristallisé en aiguilles blanches, fusibles à + 30°, bouillant vers + 300°, et, comme l'apiol liquide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et le chloroforme.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une façon bien formelle sur les données contradictoires fournies par la pharmacopée franco-belge d'une part, la pharmacopée allemande d'autre part. Le mieux est donc d'augurer, non de telle ou telle constitution chimique, mais seulement des effets thérapeutiques qu'on en a obtenus. Ici encore la clinique reste souveraine et c'est à elle qu'il faut s'en rapporter pour faire un choix entre les deux produits.

Or une expérience de plus de dix années semble établir que l'apiol cristallisé réunit au plus haut degré toutes les qualités requises de cette substance. Mais, pour cela, il est nécessaire que la préparation pharmaceutique soit obtenue de telle manière que les principes utiles de la semence de persil, cristallisables ou non cristallisables, s'y trouvent associés, à l'exclusion des substances féculentes ou résineuses dont il convient de débarrasser l'apiol. Leur présence modifie même le poids spécifique de l'apiol liquide, qui tombe au fond de l'eau ou surnage, selon les éléments étrangers qui peuvent s'être introduits ou maintenus dans la préparation par les dissolvants employés au traitement de la semence de persil.

Sans doute, la question est encore à l'étude ; mais, comme le produit cristallisé a une action thérapeutique absolument identique au produit huileux complexe connu sous le nom d'apiol, *le praticien devra toujours prescrire de préférence l'apiol cristallisé*, qui lui donnera les garanties de pureté qui font défaut à la forme liquide dont la coloration, le poids spécifique varient avec les méthodes de préparation.

L'apiol s'emploie à la dose de 25 à 75 centigrammes par jour sous forme de capsules gélatineuses de 15 centigrammes de substance active *en solution huileuse*. C'est le seul mode pratique d'administration.

L'Usine Française (Goy et Cie) est la seule qui prépare cet apiol cristallisé, de pureté certaine.

RECHERCHES SUR LES ÉLÉMENTS CELLULAIR

Par MM. V. WALLICH, Professeur agrégé à la Fac

L'examen histologique du lait ou du c
examen de sang, peut être fait avec un m
technique des plus simples, par des procé

Une lame de verre, sur laquelle on étale
sécher en l'agitant; on fixe avec un mélange
d'éther, on colore avec une solution de th
examiner.

Que peut-on voir sur les préparations ain

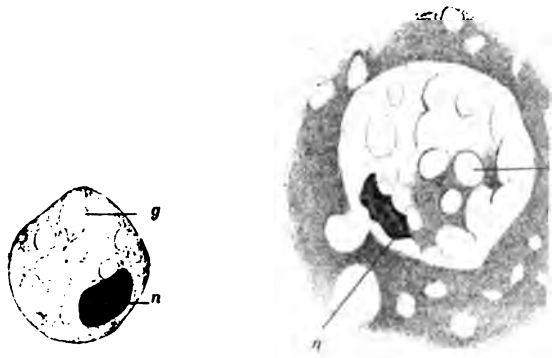


FIG. 1. — Corpuscules du colostrum, plus ou m
par les globules laite
n, noyau; — *g*, globules d

Les globules laiteux sont dissous et il n
lulaires, colorés sous différents aspects.

a) *Des corpuscules du colostrum.* — V

(1) Les figures de ce travail sont la reproduction
couleurs du mémoire intitulé : Sur la nature des élén
lait chez la femme, par MM. V. WALLICH et C. LEVADI
1905. Nos documents anatomiques et la plupart de
recueillis à la Clinique Baudelocque, dans le servic
expériences ont été faites à l'Institut Pasteur, dans le

décrits par Donné (1), cellules mûriformes, volumineuses, de 9 à 40 μ (Lourié), bondées de globules laiteux et ayant un noyau simple, parfois double, exceptionnellement triple.

b) Des leucocytes. — Déjà vus par Donné et décrits par lui sous le

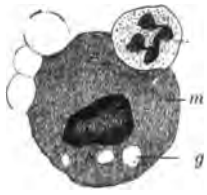


FIG. 2. — Corpuscule du colostrum.

m, en train d'englober un polynucléaire neutrophile *l*; — *g*, globules de lait.

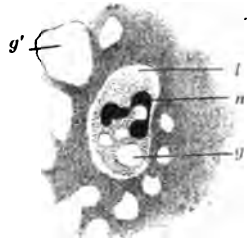


FIG. 3. — Leucocyte polynucléaire ayant englobé des particules laiteuses.

n, noyau; — *l*, granulations neutrophiles; *g*, globules laiteux; — *g'*, globules laiteux libres.

nom de globules muqueux; bien étudiés par Mlle Lourié, sous la direction de Marfan et de Jolly. Ces leucocytes sont les uns des polynucléaires, les autres des lymphocytes.

FIG. 4. — Corps en croissants.

c) Des corps en croissants (indiqués par Heidenhain, Dogiel, Cohn), qui paraissent être des débris cellulaires, comprenant des fragments de protoplasma seul, ou de protoplasma et de noyau, et semblant provenir de cellules éclatées.

Quelle est la signification de l'apparition dans le lait d'un ou de plusieurs de ces éléments? quelle peut être leur origine, quel est le rôle qu'ils ont à remplir? Telles sont les questions que nous nous sommes posées et que nous avons cherché à résoudre.

*
* *

Dans le lait d'une femme bonne nourrice, en pleine lactation, on ne rouve comme éléments cellulaires que les corps en croissants, ou débris cellulaires, dont il a été question plus haut. On les rencontre au milieu

(1) DONNÉ, *Du lait et en particulier de celui des nourrices*. Paris, 1837. Nous renvoyons pour les renseignements bibliographiques, à la thèse de Mlle Lourié, Paris, 1900; au travail de WEILL et THÉVENET, *Archives de médecine des enfants*, 1903; et à la thèse de H. BAD, Berlin, 1905 (*Die Colostrumbildung als physiol. Analogen zu Entzündungsvorgängen*). — V. WALLICH, *Les leucocytes dans le lait*. Rapport présenté au *Congrès d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Rouen*, 11 avril 1904. *Annales de gynécologie et d'obstétrique* (avril 1904).

des globules laiteux et on ne rencontre
sont d'accord sur ce point.

Les éléments cellulaires se montrent :

1° Dans le lait, dit colostrum, sécrété
suivent l'accouchement ;

2° Dans le lait, dit aussi colostrum, qu'
sesse ;

3° Chaque fois que la sécrétion lactée é

Dans ces différentes circonstances, on
cules du colostrum et de leucocytes. Ces de
principalement des polynucléaires neutroph
trum de la grossesse, se montrent nombreux
que l'enfant ait tété ; ils disparaissent vers
reparaître que dans les cas de lymphangi
lors de la suppression de l'allaitement. Po
qui ont étudié les éléments figurés du lait ap
d'établir un véritable *cytopronostic* de la la
la polynucléose annonce une bonne nourrice
fait prévoir une nourrice mauvaise ou médi
dans sa thèse (Lyon, 1903) par M. G. Levy,
sont intéressants, ils méritent d'être pours
nombre de cas.

Nous avons, dans nos recherches, pris
les circonstances dans lesquelles nous fai
période de sevrage, de plein allaitement, r
Nous avons noté aussi le moment où le lait
ment ou à la fin de la tétée. En procédant
que les corpuscules du colostrum apparaiss
lactée est *faible* ou peu *active*, conditions
et les deux ou trois premiers jours qui su
dans la période de sevrage lorsqu'on dimi
d'autres termes, *l'apparition des corpusc*
fonction d'une sécrétion imparfaite.

D'après ce que nous avons pu constater
nucléaires paraissent dans le lait en petit
du colostrum sont confluents, dans les pé
sement de la sécrétion, mais ils appar
quand la lactation est supprimée ou qu

De telle sorte que *l'accumulation des polynucléaires nous a paru correspondre à la rétention du lait dans le sein et témoigner des phénomènes irritatifs qui accompagnent cette rétention* (1), au moment de la fluxion mammaire, réalisée par la montée laiteuse, ou par la suspension de l'allaitement.

*
* *

Quelle est la nature et la signification de ces différents éléments cellulaires ?

Aucun doute ne peut exister sur l'identification des polynucléaires neutrophiles et des mononucléaires, observés dans les préparations.

On peut voir un certain nombre de polynucléaires, ayant phagocyté des globules de lait, mais dans ce cas leur aspect est nettement différent de celui des corpuscules du colostrum proprement dits. Il est plus difficile d'établir une distinction nette entre certains petits corpuscules du colostrum et les mononucléaires, ou les cellules épithéliales provenant de la desquamation des canaux galactophores. On comprend alors que la nature des corpuscules du colostrum ait pu être l'objet de discussion : leucocytaire pour les uns, épithéliale pour les autres.

Nous nous sommes demandé si l'examen direct de la glande mammaire ne pourrait pas nous aider à mieux identifier les éléments cellulaires du lait. Nous avons étudié dans ce but sept glandes mammaires de femmes, mortes dans la période puerpérale, et deux glandes de nouveau-nés.

L'histologie de la glande mammaire nous a montré que les corpuscules du colostrum pouvaient avoir une *origine double* : — *épithéliale*, desquamative d'une part, — et *mésodermique* (2), inflammatoire d'autre part.

Nous avons pu, en effet, voir parfois sur nos coupes, à l'intérieur des glandes ou des canaux galactophores, de véritables corpuscules du colostrum, offrant en certains points une similitude absolue avec les cellules de l'épithélium qui tapisse la paroi des canaux galactophores. Nous avons, à côté de cela, pu noter sur les coupes des glandes de nouveau-né

(1) Nous avions déjà écrit ces conclusions (*Annales de l'Institut Pasteur*, mai 1905) quand nous avons eu connaissance du travail de Bab (déjà cité), qui rapproche des processus inflammatoires les phénomènes accompagnant la formation du colostrum.

(2) Nous employons le terme mésodermique, pour ne rien présumer quant à la nature des cellules qui constituent cette réaction inflammatoire. En effet, si pour un certain nombre de ces cellules, en particulier les polynucléaires granulés, nous pouvons affirmer l'origine sanguine, les mononucléaires peuvent aussi provenir de la multiplication et de la mobilisation des cellules fixes du tissu conjonctif.

une réaction cellulaire périglandulaire
leucocytes mononucléaires et polynucléa

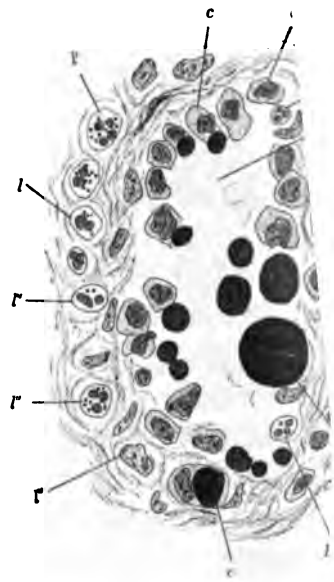


FIG. 5. — Coupe de glande mammaire de nouveau-
polynucléaires avec des grains graisseux dans leur
laires ; — *po*, polynucléaire s'infiltrant à travers l'é
graisseux ; — *lu*, lumière de l'acinus.

phénomènes de résorption et renferment
dans leur protoplasma.

Nous avons cherché à confirmer ces c
tation.

L'injection de lait dans le péritoine
constater, comme Czerny l'avait observé s

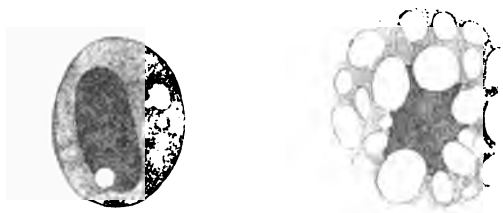


FIG. 6. — Macrophages du péritoine du cobaye ay
Ils sont à comparer aux corpuscules d

d'éléments mononucléaires contenant des
ressemblance complète avec les corpus

Or, ces cellules sont d'origine mésodermique et proviennent très probablement des voies lymphatiques péritonéales.

Nous avons cherché à mettre en évidence l'origine épithéliale d'une partie des corpuscules du colostrum, en étudiant l'action de sérums provenant d'animaux injectés avec du lait. On sait, depuis les recherches de Bordet et surtout de von Dungern, que des animaux, ayant reçu du lait en injection sous-cutanée, possèdent un sérum épithéliotoxique : un sérum qui, mis en contact par exemple avec des cils vibratiles, a la propriété de les immobiliser. C'est par ce moyen que von Dungern a démontré que le lait résulte d'une fonte des éléments épithéliaux.

Dans nos expériences, nous avons noté que le sérum de nos animaux (lapins), qui avaient reçu des injections sous-cutanées de lait, *agglutinait une partie des éléments cellulaires du colostrum, sans influencer à la même dose les leucocytes du sang*. Nous avons réalisé ainsi une expérience, qui peut, d'une façon générale, servir à diagnostiquer l'origine épithéliale d'un élément cellulaire donné. Il s'agirait là d'un diagnostic de l'espèce cellulaire, se faisant, comme le diagnostic de l'espèce bactérienne, au moyen d'un sérum spécifique déterminé d'avance.

En somme, les corpuscules du colostrum ont une origine tantôt *épithéliale*, comme nous venons de le voir par les réactions du sérum, tantôt *mésodermique*, comme nous avons pu le constater à la suite des injections dans le péritoine des cobayes, lorsque nous avons vu les macrophages du péritoine englober des globules laiteux et prendre nettement l'apparence des corpuscules du colostrum.

L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES

Par le docteur **SAMUEL GACHE**, Directeur d

Tout accoucheur a pu constater la
dans les familles les dangers de l'accouc

On envisage généralement comme u
fait qu'une femme qui enfante pour la pre
conventionnel, sur les limites duquel on n

Les citations suivantes, empruntées à d
que de tout temps on a redouté les cons
produisant dans ces conditions : *Senescent*
(Les femmes qui vieillissent accouchent tr

Mulier nimis annosa, ut cum excessit 4
trop grand nombre d'années... après avoir

Nous devons d'abord nous demander :
de vue obstétrical, par une femme âgée ?

Pour Léopold, c'est la femme qui a dé
tein, Bidder, Runge, Hecker, Steinman
comme jeunes les femmes de 30 ans ; Ah
se montre plus aimable qu'eux et reporte
fices de ce qualificatif. Truzzi envisage co
qui accouche pour la première fois après
vilèges de la jeunesse jusqu'à 40, mais en
égard moins généreux.

En conséquence, les opinions fixent 28
de l'âge que l'on peut accepter pour établi
mipare.

Si on consulte les documents que l'his
que Rachel, fille du patriarche Laban, mo
ment très douloureux, après avoir appel
dire : *fils de la douleur*. Quelle anomalie
fatal ? Siebold l'explique en disant que, d
Bonfrerius, Rachel devait avoir atteint 5

qui, aux yeux des hommes compétents, serait un indice de la difficulté de l'accouchement chez une femme âgée et cause de sa terminaison malheureuse ».

Depuis Soranus, qui vécut sous Trajan, au deuxième siècle de notre ère, et Galien, qui, dans le même siècle, parlait des difficultés que les femmes âgées ont pour accoucher, parce qu'elles ont le col de la matrice dur, cartilagineux et osseux (1), jusqu'à Ahlfeld et Cohnstein en 1872, les auteurs, les livres et les femmes éprouvent les mêmes craintes pour un accouchement qui aura lieu dans les conditions dont nous nous occupons. Dans le chaos d'idées qui ont été soutenues, il est surprenant de rencontrer Mauriceau, appelé à juste titre : « l'oracle des accoucheurs de son siècle », nous disant, dans son ouvrage publié en 1668, « que les difficultés qui se présentent dans l'accouchement d'une primipare proviennent de la mère si elle est trop âgée, d'autant plus que les parties, qui sont trop sèches et trop dures, ne peuvent se prêter à la dilatation nécessaire ; en outre, les femmes âgées ont l'articulation du coccyx ou croupion plus ferme ».

Dionis, disciple, parent et continuateur de Mauriceau, en 1680, et Nicolas Puzos en 1743 disaient que chez les femmes âgées la muqueuse utérine était moins humide que chez les jeunes, que le coccyx était chez elles plus solide, qu'il était comme soudé et que les os ne se séparaient pas.

L'opinion ne fut déjà plus uniforme, et Mme Lachapelle, dans les premières années du dix-neuvième siècle, s'élevait contre la fausseté des préventions en vogue.

La célèbre accoucheuse disait avec raison : « Sans doute, on constate souvent un travail lent et pénible chez une femme âgée qui n'a pas eu d'enfants ; mais le même fait ne se produit-il pas pour les jeunes?

« La proportion, je n'hésite pas à l'affirmer, est absolument égale. Si, parmi les jeunes primipares, on en compte 4 sur 10 qui ont un accouchement facile, le même nombre parmi les femmes âgées enfante avec rapidité et facilité. »

Moreau, dans son *Traité des Accouchements*, publié en 1838, dit que l'âge des primipares ne semble pas exercer sur la durée du travail de l'accouchement l'influence funeste que lui attribue une préoccupation vulgaire très répandue.

(1) Senescentes autem mulieres ob id difficulter pariunt, quia collum matricis habent durum, cartilaginosum et propè osseum.

Voyons maintenant ce que pensent les maîtres les plus modernes.

Pour Joulin, l'âge avancé de l'accouchée n'a pas une influence marquée sur la durée du travail, même s'il s'agit d'une primipare.

Pajot disait que l'accouchement chez les femmes âgées était difficile et que cela était dû à l'endurcissement des tissus.

Ahlfeld et Cohnstein (1872), se basant sur des observations cliniques faites sur de nombreuses femmes de 32 et 43 ans dans la polyclinique de Leipzig et autres, aboutissent à des conclusions différentes de celles de Mme Lachapelle, et le premier établit, comme moyenne de la durée du travail chez ces femmes, 37 heures.

Au dire de H. Varnier, qui a fait de la question une étude critique très complète (1), ces auteurs ont présenté un tableau si sombre et si ouvertement exagéré de l'accouchement des primipares âgées qu'ils ont provoqué une réaction tendant à nier tout caractère spécial à l'accouchement en question.

D'après Varnier, la statistique de Cohnstein embrasse 393 cas et établit une mortalité maternelle de 27 p. 100 (avant l'antisepsie) ; 44,8 p. 100 de mortalité fœtale et 73 p. 100 d'interventions, sur lesquelles 55 p. 100 par le forceps. Pour réduire à sa juste valeur ce travail toujours cité de Cohnstein, il suffit de faire remarquer que sa statistique est composée de faits hétérogènes, recueillis dans les journaux et les revues, et que l'auteur a tout confondu, même les présentations anormales et vicieuses (12,5 p. 100).

Si la statistique de Ahlfeld, établie dans des conditions plus rationnelles, est moins effrayante, elle indique cependant un chiffre encore extraordinaire d'interventions (68 p. 100), une mortalité considérable pour les mères et les enfants, la fréquence des déchirures périnéales et enfin une prolongation moyenne de 7 heures dans la durée du travail. Les accoucheurs allemands acceptent ces faits en général et cherchent dans la prédominance des garçons, dans l'augmentation et le poids de l'enfant par rapport à l'âge de la mère, les causes de la difficulté de l'accouchement chez les primipares de 30 à 40 ans et au-dessus (1).

Pour Playfair, il est presque admis que les difficultés de l'accouchement augmentent avec l'âge de la femme et que, chez les primipares âgées, il est réellement plus pénible, à cause de la rigidité des parties

---

(1) Henri Varnier, *la Pratique des Accouchements, Obstétrique journalière.* Paris, G. Steinheil, 1900, p. 176.

molles. Mais il est très douteux, ajoute-t-il, que cette opinion ait une base sérieuse, et dans ce cas le praticien se trouve agréablement surpris du résultat. Citant Roper, il dit que l'amincissement des tissus qui survient vers l'âge de 40 ans diminue sa résistance, et qu'après cet âge les premiers accouchements sont en général plus faciles que dans la jeunesse.

Tarnier ne consacre pas à cette question une étude spéciale. A ce sujet, il dit que l'âge relativement avancé de la femme qui accouche pour la première fois est considéré par quelques accoucheurs comme une cause de prolongation du travail, et ce résultat est attribué au défaut d'élasticité des parties molles et particulièrement du périnée.

Des recherches faites par Peyrat et Courtade révèlent que l'accouchement chez les primipares âgées est plus long et moins favorable que chez les primipares jeunes. D'après ce dernier, le travail pour les premières dure 6 heures de plus que pour les autres. Les observations de Kleinwächter aboutissent aux mêmes conclusions.

Hecker a démontré que l'accouchement chez les primipares de plus de 30 ans dure 21 heures et davantage.

Barnes n'émet pas d'opinion personnelle sur ce sujet, mais il dit qu'on croit généralement que chez les primipares âgées, c'est-à-dire de 40 ans et au delà, l'accouchement est plus long. Le fait est le plus souvent exact, toutefois il ajoute que les exceptions ne sont pas rares.

Charles (de Liège) adhère à l'opinion que les primipares qui ne sont pas jeunes ont généralement un accouchement plus long et plus difficile, à cause de la plus grande résistance des parties, de la lenteur de la dilatation.

Charpentier soutient que la fréquence des présentations vicieuses et la nécessité des interventions suffisent pour démontrer que la durée du travail est plus grande chez les primipares âgées. Le pronostic de l'accouchement chez les femmes de cette catégorie se trouve par suite, d'après cet auteur, sensiblement aggravé par le seul fait de l'âge, et la nécessité fréquente de l'intervention y contribue en grande partie.

Mangiagalli conteste la valeur des causes auxquelles on attribue les difficultés de l'accouchement chez les primipares âgées et notamment l'ankylose du coccyx; mais il insiste tout spécialement sur la fréquence des viciations pelviennes qui s'observent chez ces mêmes femmes, et il affirme que c'est cette difformité et non pas l'âge qui aggrave le pronostic lorsqu'elles sont sur le point d'accoucher.

Cuzzi prétend que, si chez la femme en plein développement sexuel et normalement constituée la grossesse et l'accouchement ont toutes probabilités de suivre une marche physiologique, nous devons, au contraire, nous attendre à des accidents plus ou moins graves, qui conservent une certaine uniformité dans leurs manifestations, quand il s'agit de personnes soit trop jeunes, soit trop âgées, surtout si elles sont primipares.

Selon le même auteur, l'accoucheur qui assiste une primipare âgée doit redouter pendant sa grossesse l'apparition d'*œdèmes*, l'albuminurie, l'éclampsie et l'interruption abortive ou prématurée de la grossesse elle-même. Pendant le travail, il doit craindre la rupture précoce des membranes, la longue durée de l'accouchement et en particulier de la période de dilatation, l'inertie du corps et la rigidité du col de l'utérus, la rigidité et la lacération du périnée, l'ankylose du coccyx, l'adhérence anormale du placenta, les présentations autres que celles du sommet. Après l'accouchement, il doit redouter l'asphyxie du nouveau-né et l'infection puerpérale de la mère.

En vérité, les inquiétudes du professeur Cuzzi sont grandes, et dans la pratique on ne les constate pas si souvent pour qu'il y ait lieu de s'en effrayer.

Les complications de la grossesse chez les femmes âgées seraient extrêmement fréquentes d'après le tableau suivant :

Complications	Kleinwächter	Courtade
De la grossesse en général	39,13 p. 100	19,3 p. 100
Se rattachant à la grossesse	26,03 —	15,82 —
Indépendantes de la grossesse	13,91 —	7,27 —

L'albuminurie et l'éclampsie seraient plus fréquentes chez les primipares âgées d'après Courtade. Le même auteur établit pour elles la proportion de 18,35 p. 100 d'accouchements prématurés.

Truzzi estime que chez les primipares âgés la grossesse gémellaire, l'hydramnios et les œdèmes sont relativement fréquents; les avortements représentent 1,12 p. 100; les accouchements prématurés, 15,78 p. 100; les accouchements précoces, 9,12 p. 100; les accouchements à terme, 65,8 p. 100; les accouchements tardifs, 0,75 p. 100. Chez ces femmes, l'accouchement a duré neuf heures de plus que d'ordinaire. Cet auteur trouve une mortalité maternelle de 2,12 p. 100. Sur 274 enfants que comprend la statistique de Truzzi (citée par Cuzzi), il y en avait 156 sains

(57 p. 100); 28 légèrement asphyxiés (10,2 p. 100); 25 gravement asphyxiés (9,2 p. 100); 64 morts (23 p. 100).

Barone (de Naples) dit qu'on soutient généralement que la femme primipare âgée, par exemple celle qui a accompli 32 ans, a un travail plus long et plus pénible, mais que cette croyance n'est pas confirmée par l'expérience, et que dans bien des cas elle est complètement erronée.

Pour le professeur Pinard, si les primipares âgées mettent en général plus de temps que les autres pour accoucher, c'est en général dans l'état de l'utérus qu'il faut en chercher la raison.

L'éminent professeur proclame comme aphorisme qu'on doit rechercher l'existence de fibromes chez toute femme de 30 ans qui n'a pas conçu. Ce qui veut dire que les tumeurs fibreuses de l'utérus sont fréquentes chez les femmes de cette condition et que par suite leur présence peut troubler l'accouchement quand la grossesse se produit en dépit de l'âge.

Il en résulte que les fibromes retarderaient la durée du travail et pourraient être la cause de dystocie suivant leur développement et leur siège, circonstances importantes dont il faut tenir compte dans l'examen clinique.

H. Varnier (1) a fait des observations sur la durée de l'accouchement et il en déduit que, s'il y a épuisement à tous les âges, il y a approximativement 10 p. 100 de plus chez les primipares âgées et que « le ralentissement du travail, dans ces cas exceptionnels, porte à la fois sur les deux périodes, dilatation et expulsion ».

Ses observations ont porté également sur la façon de terminer les accouchements, et le résultat a été le suivant : *bassins normaux :* primipares jeunes, 1,6 p. 100 de forceps; primipares d'âge moyen, 3,1 p. 100; primipares âgées, 25 p. 100.

La durée moyenne du travail chez ces primipares âgées fut de 28 heures et celle de la période d'expulsion de 3 heures 30 minutes.

Le sexe et le poids des enfants n'ont pas exercé d'influence sur la difficulté de l'accouchement. La proportion des garçons et des filles était égale et il y eut seulement un fœtus qui pesa plus de 4.000 grammes.

De ses recherches, H. Varnier conclut : « Force est donc de chercher l'explication de cette lenteur, d'une part, dans cette coriacité plus grande des tissus qu'invoquait Pajot après tant d'autres, sorte de modification

(1) H. Varnier, *Obstétrique journalière*, p. 178.

régressive impossible à déceler anatomi
fréquence de la dégénérescence myoma
de la trentaine. Il est en effet digne de re
ses leçons, que tandis que nos deux sor
moyen ne nous présentent pas un seul c
au toucher la présence de fibromes, ce
13 fois, soit dans près de 4 p. 100 des c
Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait
une *légère surélévation de mortalité fœta*
mortalité qui, dans notre statistique, att
et artificiels) 5 p. 100 au lieu de 1,32 p. 10
de 1,38 p. 100 chez les primipares d'âge 1

Les considérations antérieures de V
cliniques indiscutables, sur lesquels Pin
portance desquels il s'exprime ainsi : « Cl
pas conçu, cherchez le fibrome. Sa stéril

Budin, se fondant sur des faits fréquen
ses leçons orales de la Maternité Tarnie
couche comme la primipare jeune, et il é
ditions dans lesquelles ces femmes peuv
primipare âgée a un vice de conformati
elle accouchera dans la même condition q
la même viciation ; 2° la primipare âgée
fibromes, etc., accouchera comme la prin
affections ; 3° la primipare âgée est une f
sera le même que celui de toute primipa
que dans tous les cas, à égalité de con
trouve dans les mêmes aptitudes que la p

La thèse du docteur R. Gourgenou (
des idées du professeur Budin, aboutit à
chement des primipares âgées ne doit pa
si on doit envisager uniquement l'âge et
de dystocie. D'après l'auteur, « on obser
et souvent il y a lieu de terminer l'accou
forceps; mais, dans la majorité des cas,
et pour l'enfant ».

Les deux observations de G. Lepage q
elles présentent de plus cette circonsta

avaient des fibromes utérins. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme primipare de 37 ans, avec des fibromes utérins multiples et intra-pelviens. La présentation est occipitale. La femme accoucha spontanément et à terme, en neuf heures, d'un fœtus mort, pesant 3.020 grammes. Les suites de couches furent apyrétiques. Dans le second cas, il s'agit d'une primipare de 38 ans, avec divers fibromes utérins, qui accoucha à terme, en dix heures, d'un fœtus qui se présentait par l'extrémité pelvienne. Extraction manuelle. Il se produisit une déchirure complète du périnée, du sphincter anal et de la cloison recto-vaginale sur une étendue de 5 à 6 centimètres. Les suites de couches furent normales. Ces deux cas ont été observés à la clinique Baudelocque (1903).

Ces deux observations démontrent que les fibromes utérins ne font pas toujours obstacle à l'accouchement et confirment l'opinion, déjà admise, qu'ils peuvent disparaître au moment du travail, en s'élevant dans la cavité abdominale. Elles prouvent également qu'en dépit des fibromes, ces primipares de 37 et 38 ans ont accouché dans un temps très court : neuf et dix heures. Les femmes en question se sont trouvées par suite dans les mêmes conditions que les primipares jeunes qui avaient des fibromes utérins.

Nos observations personnelles dans la clientèle particulière et à la maternité de l'hôpital Rawson nous autorisent à penser que l'accouchement chez les primipares âgées s'effectue, en général, plus lentement que chez les primipares jeunes et que, dans ce retard, le défaut de rétropulsion du coccyx joue le rôle principal.

Voici quelques observations qui ont servi de base à notre étude :

Obs. 1. — L. D., 43 ans, Italienne, primipare, ignore la date de ses premières et de ses dernières règles. Grossesse à terme en juillet 1900 ; elle entre à la salle de travail le 5 de ce même mois, à 5 heures du matin, avec un doigt de dilatation et ayant des douleurs depuis 2 heures. Présentation du sommet : position OIDP. Rupture des membranes à 4 heures du soir du 6. Dilatation complète à 6 heures. A 9 h. 30 du soir du même jour, on applique les forceps, parce que, l'articulation sacro-coccygienne se trouvant ankylosée, sa rotation ne s'effectuait pas. On retira un fœtus vivant de 2.650 grammes de poids et de 50 centimètres de longueur. Le placenta pesait 880 grammes; longueur du cordon, 52 centimètres. L'accouchement dura 43 heures. Suites de couches normales. Après onze jours la mère et son enfant sortirent de la maternité.

Obs. 2. — M. G., 35 ans, Paraguayenne, primipare. Présentation du som-

met, position OIGA. Apparition des premières douleurs à 6 heures du matin du 17 juillet 1900 ; elle entre dans la salle de travail à 9 heures, avec une dilatation d'un doigt; la dilatation se complète le 19, à 3 heures du soir. Rupture des membranes à 2 heures du soir; liquide amniotique peu abondant. Terminaison spontanée de l'accouchement le 19, à 5 heures du soir, après un travail de 59 heures. Périnée élastique. Poids du fœtus, 3.010 grammes, longueur 50 centimètres. Accouchement spontané. Poids du placenta, 520 grammes. Longueur du cordon, 58 centimètres.

Obs. 3. — J. B., 39 ans, primipare, cuisinière, ignore la date de ses premières règles ; elle les eut pour la dernière fois en février 1900. Présentation du sommet ; position OIDP. Les premières douleurs se manifestèrent le 3 octobre, à 6 heures du matin. Elle entra à la salle de travail à 9 h. 30, avec une dilatation de deux doigts. Rupture spontanée des membranes à 11 heures; liquide amniotique normal. Dilatation complète à 4 heures du soir. L'accouchement se fit spontanément à 4 h. 45 du même jour, après avoir duré 10 h. 45. Périnée élastique. Accouchement spontané. Poids de l'enfant, 3.625 grammes ; longueur totale, 51 centimètres. Placenta, 540 grammes ; longueur du cordon, 61 centimètres. Suites de couches normales.

Obs. 4. — Dolores F., Espagnole, primipare, 43 ans, bonne constitution et bons antécédents, réglée à 16 ans, entre à la maternité en travail, membranes rompues et un doigt de dilatation, inertie utérine, expulsion du liquide amniotique mélangé avec du méconium. Grossesse gémellaire, mais on n'entendait qu'un seul foyer d'auscultation, parce qu'un des fœtus était mort. On fit la dilatation artificielle et une application du forceps (OIGA), en retirant un fœtus vivant, du sexe masculin, de 2.750 grammes et 48 centimètres. Immédiatement après, on procéda à l'extraction manuelle du second fœtus, qui se présentait par les fesses et qui était mort à l'entrée de la mère à la maternité. L'accouchement de cette femme dura trente-deux heures.

Obs. 5. — Adela A., Argentine, primipare, 45 ans, entre à la maternité de l'hôpital Rawson le 26 février 1905. Elle dit avoir eu la rougeole et la fièvre typhoïde, elle ne se souvient pas de l'époque de sa première menstruation, mais elle sait qu'elle s'est toujours produite régulièrement. Elle eut ses dernières règles en mai 1904 et sa grossesse s'est déroulée normalement. Ses fonctions se sont faites très bien. Les diamètres du bassin sont : APO, 18 centimètres ; BE, 24 centimètres ; BI, 25 centimètres ; BTO, 30 centimètres. Présentation V ; position OIGA. Le 26 février, à 2 heures du matin, se trouvant dans sa maison, les douleurs se déclarèrent et elle se fit transporter à la maternité de l'hôpital Rawson, où elle accoucha à 4 heures et demie du soir. La durée du travail avait donc été de 14 heures et demie. La période d'expulsion dura une heure. Accouchement spontané, mais avec rétention d'une partie des membranes ; petite hémorragie et curage de l'utérus. Le fœtus naquit vivant, il pesait 3.650 grammes et mesurait 50 centimètres.

Les diamètres céphaliques étaient : OF, 11 centimètres ; OM, 13 centimètres ; SOB, 9 cm. 5; BP, 9 centimètres ; BT, 8 centimètres. Placenta normal.

Cette femme eut postérieurement une phlébite et guérit. Son fils fut envoyé à la maison des Enfants-Trouvés et sa mère sortit de l'hôpital en bonne santé.

Les cas que nous venons de citer nous démontrent que ces cinq primipares, dont l'âge varie entre 35 et 45 ans, ont employé respectivement 43, 59, 10 h. 45, 32 et 14 heures. Dans un cas il a été nécessaire de dilater artificiellement le col, et dans deux on a appliqué le forceps. Dans un on a constaté que le coccyx était ankylosé.

Les observations suivantes se réfèrent à des primipares qui ont accouché à la maternité de l'hôpital Rivadavia et nous ont été communiquées par le docteur A. Labala, que nous remercions de son obligeance.

Obs. 6. — M. J., Argentine, 46 ans, primipare, grossesse à terme, sommet OIGA ; accouchement spontané ; durée du travail, 14 heures 10 minutes. Fœtus vivant de 3.600 grammes. Suites de couches sans complication.

Obs. 7. — E. R., Uruguayenne, 39 ans, primipare, grossesse à terme, sommet OIGA ; accouchement spontané ; durée du travail, 15 heures 40 minutes. Fœtus vivant de 3.300 grammes. Suites de couches sans complication.

Obs. 8. — C. P., Suédoise, 39 ans, primipare, grossesse à terme, présentation pelvienne (SIDA) incomplète, variété des pieds ; accouchement spontané ; durée du travail, 15 heures 10 minutes. Manœuvre de Mauriceau. Fœtus vivant de 4.100 grammes. Suites de couches sans complication.

Obs. 9. — P. P., Espagnole, 38 ans, primipare, grossesse à terme, sommet, OIDP. Accouchement spontané. Durée du travail, 15 heures 40 minutes. Fœtus vivant de 2.900 grammes. Suites de couches sans complication.

La lecture de ces cas révèle que la durée de l'accouchement de ces dernières primipares, dont l'âge varie entre 38 et 46 ans, a été de quinze heures. Ainsi, tandis que les primipares âgées de l'hôpital Rawson ont employé jusqu'à 59 heures, celles du Rivadavia en ont employé seulement 15. Chez celles de la première maternité il a fallu pratiquer une dilatation artificielle et deux applications de forceps ; chez celles de la seconde, l'accouchement a été spontané. Les femmes des deux maternités ont eu des suites de couches normales, sauf une qui entra à l'hôpital Rawson avec les membranes déchirées et qui eut une phlébite dont elle guérit.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'ÉCLAMPSIE

D'APRÈS

ZWEIFEL (Leipzig), DIENTS (Breslau), SEMB (Christiania), MYNLIEFF (Tiel).

Par le docteur **LABUSQUIÈRE**.

I

Le travail de Zweifel, qui a, spirituellement, défini l'*Éclampsie : la maladie des théories*, a comme titre : *Pour l'éclaircissement de l'éclampsie* (*Zur Aufklarüng der Eklampsie*). Combien déjà le résultat serait appréciable si ce titre, relativement modeste, puisque l'auteur n'exprime pas la prétention de saisir la « cause première » de la maladie, mais seulement d'en éclairer l'apparition, était vraiment justifié. Ce travail est tout à fait différent de la plupart des plus récents et entièrement dégagé de toutes les notions modernes de bactériologie, d'anticorps, agglutinines, précipitines, hémolysines, etc., tant mis à contribution par d'autres. C'est essentiellement un travail de biochimie ; aussi, sa lecture risque-t-elle de paraître passablement aride à beaucoup de médecins. Toutefois, quand on a entrepris cette lecture avec la volonté d'aller jusqu'au bout, on se rend bien vite compte de la persévérance vers le but qu'a eue l'auteur, de la minutie et de la délicatesse de recherches, sur les détails techniques desquelles il s'attarde très longuement, et cela dans le but louable de permettre à d'autres d'aborder, avec de plus grandes chances de réussir, des analyses chimiques particulièrement difficiles. Ces recherches nombreuses ont spécialement porté sur l'urine, sur le sang de femmes éclamptiques, sur l'urine et le sang de fœtus, de nouveau-nés appartenant à ces femmes, etc. ; enfin, elles ont porté sur un cas d'urémie *post-partum*, particulièrement extraordinaire par le nombre insolite des crises convulsives — 265 accès ! — cas où le diagnostic aurait pu rester hésitant si l'autopsie n'avait pas démontré l'inexistence des

altérations — hépatiques en particulier — qu'on s'accorde à reconnaître comme typiques de l'éclampsie.

Le résultat capital de ces recherches, c'est que l'*éclampsie suit l'apparition dans le sang de l'acide lactique*; et il importe bien d'affirmer que cette apparition est *non effet*, mais *cause*, *au moins déterminante*, *des convulsions :* l'expérience clinique montre, en effet, que chez l'éclamptique qui guérit l'acide lactique a tôt disparu des urines et du sang de la malade, et *vice versa*.

L'anomalie dans les échanges cellulaires, sous laquelle, en conclusion des recherches précédentes, se présente l'éclampsie, apparaît en général vite comme elle peut aussi disparaître vite, ce que démontrent nombre de faits cliniques. Dans un de nos cas, l'examen du sang se superposa exactement à cette expérience de clinique: 5 heures en effet après le dernier accès, il n'y avait déjà plus trace d'acide lactique, tandis que, quelques heures auparavant, le sang en contenait des quantités notables. D'autre part, chez ces mêmes sujets, l'acide lactique sera toujours détruit quand on pourra leur assurer un apport suffisant d'oxygène. Et cette destruction se fait dans tous les organes, mais surtout dans le foie (expériences de Minkowski, qui établissent que l'enlèvement du foie chez les oies est suivie de la disparition de l'acide urique dans les urines et de l'apparition de lactate d'ammonium).

Enfin, *qui dans cette démonstration oublierait de rappeler les lésions graves du foie constatées sur les cadavres des éclamptiques ?*

*
* *

Mais le résultat de ces recherches a-t-il une *sanction thérapeutique ?*

Comme dans quelques cas il fut trouvé dans le sang de l'enfant. dans quelques autres dans le placenta, en proportion plus d'acide lactique que dans le sang obtenu par une saignée pratiquée sur la mère, ces faits militent fortement pour une terminaison aussi rapide que possible de l'accouchement : dès que l'éclampsie est démontrée par un premier accès. D'autre part, il faut épargner le plus possible l'enfant et ne le sacrifier (variété quelconque d'embryotomie) qu'en cas de nécessité ; l'expérience enseigne que les enfants de mères éclamptiques, quand ils succombent, meurent surtout du fait de la cyanose de la mère.

Quant au *mode de terminaison à préférer, il dépend surtout du degré de dilatation de l'orifice externe*, et à ce sujet l'auteur passe successivement en revue les meilleurs moyens à employer pour réaliser

— avec un *minimum* de risques pour la mère et l'enfant — la dilatation nécessaire (métreuryse, colpeurynter, ballons dilatateurs, dilatateurs mécaniques, incisions sur le col, etc.). Autant de points sans doute très intéressants et d'une portée pratique directe, mais qui s'éloignent trop du but spécial de cette revue « *des causes directes ou indirectes de l'éclampsie* », pour s'y arrêter particulièrement. L'auteur signale encore, parmi les moyens thérapeutiques : *a*) *la morphine*, capable de diminuer l'action réflexe, mais qui, à hautes doses, chez des animaux en expérience, a fait apparaître l'*acide lactique*, c'est-à-dire la matière peccante, dans l'urine ; *b*) *la saignée*, apte à aider à l'élimination du poison, *les injections sous-cutanées de solutions stérilisées titrées à* 5 *grammes de sel marin et à* 5 *grammes de bicarbonate de soude* ; *c*) les introductions avec la sonde œsophagienne, dans l'estomac, de *solutions saturées de sels alcalins végétaux* ; *d*) *les moyens diurétiques* (scille, digitale) ; *e*) *la diète plutôt végétarienne et le lait*, à recommander à toute femme enceinte, avec la nécessité d'une recherche méthodique et régulière dans l'urine.

Mais — *au point de vue du traitement* — il est un point particulier du travail de Zweifel qu'il convient de rapporter plus longuement, puisqu'il devrait être la sanction la plus directe de la notion nouvelle, étiologique des convulsions, c'est-à-dire de la mise en évidence, dans les urines et dans le sang des éclamptiques, d'acide lactique, cause et non produit des convulsions; la sanction la plus directe, parce que de tous ces développements dans lesquels l'auteur est entré, il se dégage que *cette présence anormale de l'acide lactique, révélatrice d'une anomalie dans les métamorphoses cellulaires, est finalement due à un défaut d'oxydation.*

En conséquence, la conclusion naturelle était qu'il fallait s'efforcer d'assurer au sujet un apport d'oxygène suffisant. Et, conformément à cette déduction qui s'imposait, Zweifel recourut chez ses éclamptiques aux inhalations d'oxygène; mais, en dépit de leur légitimité et de sa persévérance, il ne put qu'en constater la parfaite inefficacité: « Je me dis alors, écrit-il, que chez ces malades, frappées de perte de connaissance et *à respiration superficielle*, le maintien devant le visage de l'appareil à inhalations n'est pas fait pour introduire dans les poumons plus d'oxygène ; qu'en conséquence, ce qu'il faudrait, c'est *produire des inspirations profondes*. Or ces respirations énergiques tirent sûrement, pour le poumon, de l'air ordinaire plus d'oxygène qu'une respiration faible, superficielle n'en peut amener d'un flacon à inhalations d'oxygène. Et pour cette raison on fit faire un appareil faradique, destiné

à exciter les nerfs phréniques ; or, les résultats de son emploi démontrèrent qu'on peut ainsi agir non seulement sur l'inspiration, mais aussi, et *avec succès*, sur l'évolution de la maladie. »

II

Dienst, qui, à l'exemple de tant d'autres, s'est efforcé de solutionner le problème de l'étiologie de l'éclampsie, vient d'émettre, à la suite de recherches expérimentales, et en utilisant les notions modernes qui ont rapport à la *théorie des chaînes latérales* d'Erhlich et aux phénomènes si intéressants de l'agglutination, de l'hémolyse, de la déportation de villosités, etc., une *nouvelle théorie de l'éclampsie*, cette *maladie des théories*, suivant le mot de Zweifel !

⁂

Dienst, avant sa dernière monographie, attribuait déjà la production de l'éclampsie à deux circonstances : 1° à une *insuffisance fonctionnelle*, plus ou moins grande, des organes excréteurs maternels (surtout le rein, cœur, etc.), mais *insuffisance antérieure à la grossesse*, bien que restée latente jusque-là ; 2° à l'accumulation, à l'occasion de la grossesse, dans le sang de la mère des produits de désassimilation, des *excreta* du fœtus, accumulation excrémentitielle exigeant des organes éliminateurs de la mère un surcroît de travail et, du même coup, forçant leur insuffisance fonctionnelle à se révéler, augmentant même, par leur action nocive sur ces organes déjà en état d'infériorité fonctionnelle, l'insuffisance primitive et en provoquant les manifestations, l'éclampsie étant la plus intense decelles-ci. Kehrer (Heidelberg) expose ces idées de Dienst de la façon suivante : « Existe-t-il, chez la mère, une insuffisance fonctionnelle du rein et du cœur, les produits de désassimilation du fœtus, formés dans des conditions physiologiques, à la vérité, mais produits néanmoins toxiques, sont retenus dans le sang maternel et s'y accumulent. De ce fait, l'organisme maternel et avant tout les reins et le foie sont atteints. Les cellules hépatiques dégénérées fabriquent maintenant, par métamorphose régressive, de l'albumine maternelle, des produits de désassimilation insuffisamment oxydés, en conséquence composés de molécules plus grosses que les éléments ordinaires correspondants de l'urine, et auxquels les reins ne sont pas perméables. Ces produits s'accumulent en grande quantité dans le sang maternel et s'y ajoutent aux éléments fœ-

taux qui y circulent déjà. Ces deux espèces d'éléments arrivent, finalement, à travers le placenta, au fœtus, dont les organes dès lors, *mais secondairement*, deviennent malades : « ils sont secondairement réinfectés par la mère », bien qu'en réalité le fœtus soit le lieu d'origine du poison éclamptigène. Dienst invoque, à l'appui de son hypothèse, des états anatomiques constatés chez des éclamptiques et des expériences sur des lapins. La réinfection *par la mère* du fœtus lui parut démontrée par deux faits cliniques : dans le premier, il existait, *chez la mère*, des thrombus déjà en voie d'organisation, thrombus hyalins vieux, tandis qu'il n'y avait chez le fœtus que des thrombus récents. Une seconde observation clinique et anatomique montre également la voie de diffusion du poison éclamptigène : l'enfant d'une femme qui résista à plusieurs accès éclamptiques *intra-partum* et à trois autres attaques sévères *post-partum*, mourut le 3e jour *post-partum*, après la 7e attaque. On trouva, dans son urine, de l'albumine, de la *leucine*, de l'urate de soude, des cylindres granuleux et hyalins. Comme conséquences de thrombus, il y avait des nécroses au niveau du foie et des ulcérations hémorragiques à l'estomac. Dégénérescence graisseuse du cœur et des reins. La gravité des altérations hépatiques chez l'enfant, démontrée par l'examen microscopique et surtout par la présence de la leucine et la guérison de la mère, persuadèrent Dienst qu'au moment de l'accouchement le foie de la mère devait être moins malade que le foie de l'enfant, celui-ci étant le premier organe à travers lequel circule, non dilué, le sang contenant le poison éclamptigène ; au contraire, le foie de la mère, essentiellement irrigué par la veine porte, ne reçoit de l'artère hépatique qu'un poison déjà dilué durant son parcours à travers tout l'organisme maternel. Et cela, suivant Dienst, expliquerait pourquoi le corps résistant de la mère peut devenir maître des substances nocives, qui tuent très souvent l'enfant, dont l'organisme est gravement atteint, parce que surtout son foie est altéré.

« *Preuves expérimentales.* — Chez deux lapines, Dienst enleva, par voie extra-péritonéale et sous narcose par l'éther, le rein droit. Cela fait, l'une des lapines fut couverte. Or, tandis que la lapine non fécondée restait parfaitement bien portante, au contraire l'autre, à partir du 16e jour, ne mangea plus qu'irrégulièrement, puis devint agitée, donna plusieurs fois de la tête contre la cloison de sa niche et finalement mourut. A la nécropsie, outre des ecchymoses des plèvres, du péricarde, on trouva : une dégénérescence graisseuse avancée du cœur, de la nécrose anémique, cunéiforme du rein gauche, effet d'un processus

thrombosique des rameaux artériels départis à ces régions ; une dégénérescence graisseuse du parenchyme rénal, et des cylindres dans les canaux urinifères. Quant au foie, il présentait des nécroses anémiques et hémorragiques si étendues que les trois quarts de son parenchyme étaient supprimés. Dans les vaisseaux du poumon, de nombreuses nécroses, et dans l'utérus trois fœtus macérés. Dans une deuxième expérience qui, en réalité, ne fit que confirmer l'importance fondamentale de la première, Dienst créa simultanément une insuffisance de trois organes : du cœur, des reins et du foie. Il fit de nouveau la néphrectomie droite chez deux animaux et, chez tous les deux, produisit une insuffisance aortique avec souffle typique en poussant une sonde à travers la carotide droite jusqu'aux valvules aortiques. Cinq jours après, l'une des femelles fut couverte, et 16 jours environ après le début de la gestation, on enleva par laparotomie 28 grammes de tissu hépatique. La femelle non gravide resta bien portante, tandis que l'autre eut 3 attaques sévères de convulsions cloniques, suivies de respiration stertoreuse. En outre, les 2 jours suivants, elle resta somnolente et refusa la nourriture. Toutefois, elle se rétablit progressivement. Mais, au terme normal, elle mit bas 6 fœtus macérés, sur lesquels on constata des foyers hémorragiques et des foyers de nécroses aux reins et au foie. »

« Dans les deux expériences, continue E. Kehrer, le complexus anatomique chez la mère aussi bien que les altérations chez l'enfant présentèrent une grande similitude avec l'éclampsie humaine. Les deux expériences semblent fournir la démonstration de deux faits fondamentaux : qu'*une incapacité fonctionnelle* du cœur ou des organes excréteurs de la mère, foie ou reins, organes auxquels la gestation impose un travail considérable, *est une condition adjuvante nécessaire pour la production de l'éclampsie.* »

« Peut-être convient-il d'ajouter que le *tube digestif* et *la peau* sont à ranger avec ces organes d'excrétion, car on sait qu'en cas de crises urémiques par exemple, ces deux organes éliminent certaines substances de l'urine. On comprendrait ainsi comment un refroidissement de la surface cutanée, si souvent constatable par l'anamnèse, peut déterminer l'éclampsie.

« Enfin, et en second lieu, les expériences de Dienst indiquent, au moins avec la plus grande vraisemblance, qu'*il est des substances fœtales toxiques qui, à la faveur d'une insuffisance* PRIMITIVE *d'un des organes excréteurs, sont retenues dans l'organisme maternel.* »

*
* *

Le travail de Dienst, dernier en date, est intitulé : *le Poison éclamptique* (das Eclampsiegift). On voit que l'auteur cherche ici à étayer sa théorie et à la développer. En premier lieu, il rapporte de nombreuses expériences ayant porté sur des placentas déjà décollés ou encore *in situ*, et sur lesquels, à l'aide d'injections spéciales (de lait, de solutions de bleu de méthylène), il a étudié le degré de perméabilité du placenta (1), l'existence de libres communications, plus ou moins larges suivant les circonstances, entre la circulation du fœtus et la circulation fœtale, communications aptes à favoriser l'irruption dans l'organisme maternel de produits fœtaux, soit de nature excrémentielle, soit d'autre nature, et qu'à l'exemple d'autres auteurs il tient pour nocifs par rapport à la mère (2) et capables de fournir, dans les conditions d'incapacité fonctionnelle relative citée plus haut, des organes dépurateurs de la mère, « l'élément éclamptigène ». Indépendamment des résultats de ces expériences dont Dienst ne se dissimule pas les côtés faibles, il invoque, en témoignage de la réalité de ces communications entre les deux circulations, maternelle et fœtale, les faits si connus aujourd'hui et que nous avons si souvent signalés, de déportations de portions plus ou moins importantes de villosités fœtales dans l'organisme maternel (Veit, Schmorl, Poten, Pels-Leuden) (3).

Outre les recherches sur la perméabilité de l'arrière-faix, Dienst en fit d'autres ayant rapport avec les phénomènes d'*agglutination*, *d'hémolyse* (4) : « *le sang de la mère et, si oui, dans quelle proportion, montre-t-il de l'agglutinine et de l'hémolysine vis-à-vis du sang d'autres mères et de nouveau-nés ; avant tout, le sang de la mère, dans tel ou tel cas, n'agglutine-t-il pas et même ne dissout-il pas le sang de son propre enfant ?*

Le sang de 118 mères et de leurs propres enfants fut étudié en 1.726 mélanges. Dans 24 cas, Dienst constata que le sang ou le sérum de

(1) On sait que MULLER et W. ALBERT ont aussi invoqué à l'appui de leur *théorie microbienne* de l'éclampsie, sinon la nécessité de larges communications entre les circulations maternelle et fœtale, du moins la possibilité de l'irruption *massive et brusque* dans le sang maternel de produits toxiques de fabrication microbienne. (*Annales de gyn. et d'obst.*, juillet 1902, p. 21.)

(2) Toxicité des produits fœtaux vis-à-vis de la mère, non reconnue par tous les auteurs (*Annales de gyn. et d'obst.*, décembre 1904, p. 754).

(3) *Annales de gyn. et d'obst.*, mai 1905, p. 315 *et seq.*

(4) *Ibid.*, septembre 1904, p. 872 *et seq.*

la mère agglutinait et même dissolvait les corpuscules sanguins de son propre enfant. Or, de ces femmes, 15, *dont le placenta s'était montré imperméable, restèrent tout à fait bien portantes* (urines de couleur et de composition normale), tandis que *les 9 autres, chez lesquelles la perméabilité du placenta avait été mise en évidence, et dont le sang s'était en outre comporté vis-à-vis du sang de leur enfant comme l'aurait fait le sang d'une espèce différente, furent malades* (éclampsie, 7; albuminurie, 2; des éclamptiques, 2 avaient eu antérieurement une albuminurie gravidique).

« D'où, écrit Dienst, je tiens à émettre, avec toute circonspection, l'idée que *l'albuminurie gravidique, ou l'éclampsie, survient lorsque sang maternel et sang fœtal se comportent vis-à-vis l'un de l'autre comme les sangs de deux espèces différentes, lorsqu'en outre une communication entre les deux circulations, si minime soit-elle, vient agir en tant que circonstance déterminante.*

Quand cette communication est minime, quand aussi il n'entre que peu de ce sang fœtal — *sit vænia verbo!* — *hétérogène* dans la circulation maternelle, la femme n'aura qu'une albuminurie, qui ne sera qu'une albuminurie de grossesse et qui n'aboutira pas à l'éclampsie, pourvu que la communication primitive ne s'agrandisse pas, ou si elle se ferme.

*
* *

La deuxième partie du travail de Dienst contient des développements ayant surtout trait aux phénomènes, obcurs encore par bien des côtés, de l'agglutination (1) et de l'hémolyse, développements au cours desquels l'auteur marque la grande similitude, l'identité presque, qui existerait entre les symptômes cliniques et les altérations anatomiques de l'éclampsie et les phénomènes de même ordre constatés à la suite d'injections à des animaux de sang d'une autre espèce, comme à la suite, par exemple, de transfusions (Jürgensen, Ponfick, Landois, Panum, etc.). Toutes ces discussions, très intéressantes d'ailleurs, pour tâcher d'établir que *l'éclampsie ne serait que l'effet d'une transfusion du sang fœtal* HÉTÉROGÈNE *dans la circulation maternelle, transfusion rendue possible par une*

(1) Au point de vue spécial de l'agglutination, Dienst s'efforce d'établir que chez nombre de femmes *il y aurait, antérieurement à la grossesse, dans le sang, une certaine quantité d'agglutinines ou, dans un sens plus général, d'anticorps* démonstration qui lui est très importante pour la solidité de sa théorie — dont une des conditions essentielles est l'existence d'*une différence entre le sang de la mère et celui de son propre enfant, telle que les deux sangs, venant à se mélanger, réagiraient l'un sur l'autre, à la manière de deux sangs d'espèces différentes.*

R. L.

communication entre les deux circulations ou, pour parler d'une manière plus générale, par la perméabilité du placenta.

D'après ces développements, l'apparition de l'éclampsie, suivant Dienst, devrait être comprise de la façon suivante : « Une femme enceinte, dont le sang, par la présence d'une quantité abondante d'anticorps (agglutinines et hémolysines), est devenu différent du sang de son enfant, reçoit dans sa circulation, à l'occasion de brèches au niveau des villosités placentaires favorisées par telle ou telle condition (contractions excessives, grossesse gémellaire, décollement prématuré du placenta, etc.), du *sang fœtal, hétérogène* vis-à-vis du sien. Le sang ou le sérum sanguin de la mère, plus ou moins riche en hémo-agglutinines, agglutine les corpuscules sanguins fœtaux. Déjà ce phénomène peut aboutir à l'obstruction de capillaires les plus fins. Bientôt, ces corpuscules sanguins agglutinés meurent, et, comme signe de la mort du protoplasma, de l'hémoglobine du sang fœtal se mélangera au plasma maternel (coloration rouge sombre particulière au sérum des éclamptiques au stade convulsif de l'éclampsie).

« De ce qui reste du stroma globulaire, se forme une masse visqueuse, gluante, filamenteuse (stroma fibrineux) qui, longtemps, peut obstruer de fines branches vasculaires. Mais l'arrivée brusque d'une quantité notable d'hémoglobine dans le sang peut, selon Langlois, produire des coagulations étendues par la dissolution de nombreux leucocytes, dont la désintégration s'accompagne de la mise en liberté d'éléments fibrinogènes. L'hémoglobine est-elle éliminée par les reins (hémoglobinurie), ou bien est-elle transformée en bile, la femme peut se rétablir d'autant plus qu'en ce moment l'organisme de la mère est riche en anticorps : hémo-agglutinine, hémolysine ou isolysine, celle-ci en particulier rendant inoffensives la stroma-fibrine et la plasma-fibrine. Mais la production d'hémolysine fait-elle défaut, tandis que les masses de stroma-fibrine seront résorbées, la molécule protoplasmique fœtale hétérogène s'accrochera aux récepteurs « sessiles » correspondants existant dans le sang de la mère et tuera des érythrocytes maternels, d'où mise en liberté d'hémoglobine maternelle dans son propre sang et production ainsi d'un cercle vicieux avec ses conséquences de la plus fâcheuse nature. En effet, de nouveaux accès éclamptiques peuvent survenir même après de longs intervalles d'accalmie, et telle femme pourra mourir, qu'on avait déjà tenue pour guérie (éclampsie durant les suites de couches). »

Ainsi, quand la production d'hémolysine fait défaut, le pronostic

semble devoir être défavorable. « *Je n'ai jamais vu, déclare Dienst, guérir une éclampsie, lorsque la formation d'hémolysine faisait défaut pendant les suites de couches; par contre, je ne l'ai jamais vue se terminer par la mort au cas d'hémolysine abondante.*

« Et j'ai observé *post partum* les mêmes processus réparateurs quand il s'agissait d'albuminurie gravidique (1). »

III

Dans son travail d'ordre expérimental, Semb commence par montrer que ce qu'il importe surtout d'établir — pour élucider le problème de *l'éclampsie*, appréciée en général, à l'heure actuelle, comme une *intoxication*, pour laquelle les recherches anatomo-pathologiques ont dégagé un *type anatomique caractéristique* qui d'ailleurs cadre parfaitement avec les manifestations cliniques, — que ce qu'il importe surtout d'étudier, c'est le sang, dans lequel la *substance toxique*, le *poison éclamptigène*, doit sûrement se trouver, tandis que ce poison peut ne passer dans l'urine qu'après avoir été modifié, soit par synthèse, soit par dislocation, au point de pouvoir s'y dissimuler sous la forme d'un produit chimique absolument inoffensif. Il faut donc examiner le sang. Mais, pour en apprécier justement la *toxicité* — et surtout la *toxicité liée au poison éclamptigène*, particulièrement par la méthode des inoculations à des animaux; — il importerait encore beaucoup, à son avis, d'éliminer, par une méthode convenable, la *toxicité qui appartient au sérum normal* lui-même. En conséquence, l'auteur a ordonné ses expériences d'après ces idées directrices : « Veut-on expérimentalement, écrit-il, rechercher la toxicité du sang éclamptique, il convient avant tout d'éliminer l'*action toxique du sérum étranger en tant que tel*, pour que l'action d'un poison éclamptigène éventuel puisse se manifester aussi exclusive que possible.

« Pour écarter l'action toxique du sérum humain normal sur les lapins (animaux d'expériences), je me suis efforcé d'obtenir une immunité des animaux contre le sang étranger, et cela par des injections graduelles et d'intensité de plus en plus forte (but qui fut atteint).

« Quand l'animal eut été immunisé suffisamment contre le sang étran-

(1) En ce qui concerne les lésions du rein, l'auteur les tient pour être essentiellement d'ordre mécanique. Elles ressembleraient singulièrement à celles que Ponfick a autrefois signalées et qu'il avait constatées chez des animaux auxquels il avait injecté du sang d'une autre espèce. D'ailleurs, il peut arriver que ces lésions viennent se surajouter à une néphrite antérieure, et, dans ce cas, elles en augmenteraient extrêmement la gravité.

ger pour qu'il supportât sans réaction l'injection d'une assez grande quantité de ce sang, je lui injectai la même dose du sérum d'une éclamptique; or la démonstration ayant été faite antérieurement que l'animal pouvait supporter sans réagir la même dose de sérum normal, il s'ensuivait que la réaction observée devait, logiquement, être rapportée à l'éclampsie. »

Les recherches ayant donc été ordonnées d'après ce plan : *a) immunisation contre le sérum normal; b) injections de sérum d'éclamptiques; c) injections de sérum d'éclamptiques sans immunisation préalable; d) injections des urines d'éclamptiques après immunisation contre le sérum normal*, elles ont donné un ensemble de résultats que l'auteur résume ainsi : « Il est démontré qu'on peut, par des injections à doses croissantes, immuniser des lapins, au moins jusqu'à un certain degré, contre l'action toxique du sérum humain normal.

« Les lapins qui furent immunisés contre le sérum humain comme tel réagirent, dans la majorité des cas, vis-à-vis du sérum éclamptique par un état pathologique terminé, le plus souvent, par la mort.

« On constata sur les organes de ces animaux des altérations très similaires, dans leur ensemble, aux altérations anatomo-pathologiques constatées dans l'éclampsie humaine.

« Dans une minorité des cas, les résultats de ces expériences restèrent négatifs, c'est-à-dire que l'injection du sérum éclamptique ne détermina aucune réaction (1). »

IV

En terminant, nous signalerons aussi le travail de A. Mynlieff, qui pense qu'on fait, en général, trop bon marché des influences mécaniques dans la genèse de l'éclampsie. *Distension intra-rénale, une des causes de l'éclampsie* : tel est le titre de sa monographie. Rappelant les travaux de Halbertsma, les recherches de Lindemann, l'explication qu'il y a longtemps déjà, a donnée Guyon de l'inclinaison à droite de l'utérus gravide, les contributions de Korteweg et de P. Bar, etc. ; citant enfin ce passage emprunté au rapport de Legueu *de la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité* : « lorsque la compression s'exerce sur l'uretère, le conduit se dilate, le rein se met en tension, se distend à son

(1) Avec raison, l'auteur note lui-même l'inconstance dans les résultats de ces expériences, aussi le trop petit nombre de celles-ci; il estime pourtant qu'il y a intérêt à les renouveler et indique comme conditions favorables à leur réussite : *a*) choisir des animaux chez lesquels on peut escompter une réaction semblable à l'éclampsie humaine; *b*) prendre des animaux en état de gestation; *c*) pousser plus loin qu'il ne l'a fait lui-même l'immunisation contre le sérum normal.

tour, et l'uronéphrose est constituée. Le rein est dès lors en état d'opportunité morbide, et le terrain est admirablement préparé à recevoir l'infection » (1). Mynlieff estime que les accidents, en beaucoup de cas, doivent s'ordonner de la façon suivante : compression de l'uretère, et, règle générale, de l'uretère droit (les deux néanmoins pouvant être affectés) par la raison que l'utérus, ayant franchi le détroit supérieur et dirigé, comme d'autres tumeurs, par le plan du mésentère (Guyon), se porte à droite ; élargissement de ce conduit par gêne relative ou absolue à l'écoulement de l'urine (observation très intéressante d'anurie avec éclampsie de Sippel, avec explications cadrant absolument avec celles de Mynlieff) ; élargissement du bassinet, gonflement plus ou moins notable du rein limité par le degré d'extensibilité de la capsule rénale ; stase veineuse considérable et surtout *distension intra-rénale* allant jusqu'à un *étranglement* de l'organe (Korteweg) ; état de stase et de surdistension intra-organique, capables de produire : 1° par le seul effet des conditions mécaniques anormales, des lésions d'ordre traumatique en quelque sorte, et 2° de favoriser éventuellement l'action d'agents infectieux, en sorte qu'on trouverait à la nécropsie, suivant la prédominance de l'un ou l'autre de ces facteurs, des modifications : *a*) d'ordre mécanique (dilatation des canaux urinifères, exsudats, dépôts fibrineux), ou *b*) d'ordre toxique (dégénérescences graisseuses, altérations épithéliales). « L'aspect des reins chez les éclamptiques, continue l'auteur citant P. Bar, donne l'impression qu'une action soudaine est venue peu de temps avant la mort pour modifier simultanément tous les éléments épithéliaux du rein » et, ajoute-t-il, n'est-il pas possible que cette « action soudaine », cette « circonstance spéciale » soit précisément l'élévation brusque de la pression intra-rénale ? Et poussé vers cette interprétation, l'auteur — arguant des résultats obtenus déjà par Edebohls et des constatations nécropsiques faites sur l'éclamptique de Sippel — fait entrevoir l'efficacité, au moins dans certains cas d'éclampsie, de l'incision de la capsule rénale et même du rein.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ZWEIFEL, *Arch. f. Gyn.*, 1905, Bd. LXXVI, Hft. 3, p. 537; DIENST, *Zent. f. Gyn.*, 1905, avril, p. 481; mai, p. 651; LIEPMANN, *Zent. f. Gyn.*, 1905, avril, p. 481; MATHES, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 14, p. 1253; KEHRER (E.), *Sammlung klin. Vorträge*, 1905, n° 398 (S. 14, Hft. 8); VEIT, *Die Verschleppung der Chorionzotten (Zottendeportation)*, Wiesbaden 1905, Bergmann; SEMB, *Arch. f. Gyn.*, 1905, Bd. LXXVII, Hft. 1, p. 63; MYNLIEFF, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 13, p. 392; SIPPEL, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 15, p. 479.

(1) *Annales de Gyn. et d'Obst.*, avril 1904, p. 203.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE, DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÆDIATRIE DE PARIS

Séance du 5 *juin* 1905.

MM. A. Siredey et E. Bigart. — **Recherches sur la leucorrhée.** — L'un de nous a présenté, au Congrès de Rouen (avril 1904), une étude cytologique sur la leucorrhée, faite en collaboration avec Lemaire, montrant que la forme et le groupement des éléments figurés que l'on rencontre dans les sécrétions génitales permettent d'établir de véritables *formules cytologiques* servant à distinguer les simples troubles fonctionnels des hypersécrétions qui résultent d'infections diverses.

C'est ainsi que la leucorrhée virginale, si fréquente chez les personnes anémiques ou fatiguées, est caractérisée par : *a*) de nombreuses cellules plates du vagin, franchement colorées dans toutes leurs parties (protoplasma et noyau) ; *b*) des cellules du même genre dont le protoplasma prend mal la matière colorante et se désagrège : *c*) des cellules en voie de désagrégation, dont le noyau se fragmente ; *d*) quelques lymphocytes, en petite quantité, nettement et franchement colorés ; *e*) de très nombreux cocci et bactéries mélangés aux débris des cellules ou envahissant les cellules. Tandis que les écoulements, dans les infections génitales, renferment : *a*) de rares cellules normales du vagin et de la muqueuse du col utérin ; *b*) de nombreuses cellules de l'épithélium du vagin ou de la muqueuse cervicale dont le protoplasma et le noyau sont mal colorés et en voie de dégénérescence ; *c*) de nombreux polynucléaires, indice de la suppuration qui se produit au niveau des glandes et des replis de la muqueuse ; *d*) des microbes en nombre moins considérable, généralement, que dans les sécrétions normales ; en revanche, on y rencontre assez fréquemment le gonocoque.

De nouvelles recherches, poursuivies depuis un an, ont constamment confirmé ces résultats. Elles nous ont permis, en outre, d'étudier les microbes contenus dans les sécrétions génitales dont nous ne nous étions pas préoccupés à ce moment, et nous n'avons pas tardé à nous convaincre que ces organismes si nombreux et si variés offrent dans leur forme, dans leur groupement, certaines particularités assez régulièrement en rapport avec les phénomènes cliniques. Envisagé au point de vue microbiologique, l'examen microscopique des sécrétions génitales nous paraît d'une utilité incontestable ; il nous permet de reconnaître d'emblée l'existence d'une infection blennorrhagique.

La constatation nette du gonocoque ne laisse aucun doute à cet égard, la simple réaction de Gram permettant d'éliminer les microbes suspects que l'on a décrits comme de faux gonocoques.

Une observation clinique minutieuse peut assurément conduire au même résultat dans la majorité des cas, mais souvent l'examen le plus attentif laisse des doutes aussi bien dans les affections génitales aiguës que dans les affections chroniques. Or, il y a toujours un grand intérêt à être fixé le plus tôt possible, non seulement pour instituer un traitement rationnel, mais surtout pour prendre les mesures prophylactiques que comporte la situation.

Quand les gonocoques font défaut, alors que la rougeur du méat urinaire, l'abondance du catarrhe utérin et les antécédents suspects des malades, inspirent quelque méfiance, il est bon de renouveler l'examen à plusieurs reprises, surtout dans les deux ou trois jours qui suivent immédiatement les règles. Il n'est pas rare en effet de voir reparaître à ce moment, sans contamination nouvelle, quelques gonocoques, alors qu'ils avaient disparu dans l'intervalle des périodes menstruelles. C'est à cette époque également que s'impose la surveillance des écoulements chez les malades traitées et qui paraissent en voie de guérison.

En dehors de la blennorrhagie, l'examen des sécrétions ne saurait fournir les éléments d'un diagnostic nosologique précis, mais il aide à en suivre l'évolution et à en surveiller le traitement. Les sécrétions recueillies chez des personnes normales renferment en très grand nombre des microbes appartenant aux *espèces longues* : bacilles divers, streptobacilles, dont le développement paraît d'autant plus accentué que les organes sont plus sains.

Les écoulements recueillis dans les infections génitales aiguës renferment surtout et presque exclusivement des *microbes courts* : cocci isolés et réunis en grappes ou en chaînettes.

L'apparition de bâtonnets et de streptobacilles, mélangés à des cocci, dans les sécrétions recueillies au cours d'une affection génitale en traitement indique une tendance à l'amélioration.

D'une façon générale, tous les traumatismes exercés sur les voies génitales tendent à ramener les espèces courtes et exposent, par conséquent, les malades à des complications ou retardent tout au moins la guérison.

Les pansements intra-utérins sont souvent suivis d'une repullulation de cocci. L'abus des injections très chaudes ou d'injections acides irrite fréquemment la muqueuse du vagin et celle du col utérin et entretient l'hypersécrétion. L'emploi de solutions fortes de permanganate au cours de la blennorrhagie aboutit souvent au même résultat. Les injections de sublimé ou de diverses solutions antiseptiques acides nous ont paru particulièrement nuisibles à ce point de vue.

Chez des jeunes femmes atteintes d'infections banales, et dont les sécrétions ne renfermaient aucune trace de gonocoque, l'inflammation, accrue par des injections de sublimé, par des pansements salolés ou iodoformés, faits en ville, cédait en quelques jours à des injections émollientes alcalinisées (décoc-

tions de pavots et guimauve), préparées au moment de s'en servir et additionnées, par litre, de 20 à 25 grammes de bicarbonate de soude et 7 grammes de chlorure de sodium, ou bien d'eau bouillie additionnée d'une cuillerée à soupe de liqueur de Labarraque, par litre. En général, les injections alcalines sont bien supportées, elles ne coagulent pas les substances albuminoïdes et nettoient parfaitement les muqueuses. Elles semblent provoquer la réapparition des espèces longues, indices du retour à l'état normal.

M. Richelot. — Il y a longtemps que je défends aux femmes de prendre des injections de sublimé ou même à l'eau boriquée; ces injections font souvent plus de mal que de bien.

M. Doléris. — M. Siredey entend-il distinguer entre les sécrétions utérines et les sécrétions vaginales ? Veut-il traiter de la thérapeutique des écoulements leucorrhéiques originaires du col, ou de celle des écoulements de provenance vaginale ? Il importe de spécifier. Que la flore saprophytique et la flore pathogène soient des plus mélangées et des plus variées dans le vagin, c'est indéniable. Mais il faut préciser, avant tout, qu'il existe là deux terrains bien distincts, susceptibles tous deux d'infection : le cervix utérin et le tractus vaginal. Ils sont tributaires l'un de l'autre au point de vue de la contagion bactérienne ; ils cultivent, avec des aptitudes différentes, des microbes plus ou moins virulents; leurs sécrétions respectives les disposent à s'infecter et à se réinfecter réciproquement. Je demanderai à M. Siredey s'il entend séparer ou confondre les deux qu stions au point de vue du traitement.

M. Siredey. — Au point de vue de l'évolution des microbes, nous avons constaté dans les sécrétions cervicales des modifications analogues à celles qui se passent dans le vagin. Toutefois, chez les femmes saines, on ne rencontre des germes que sur la goutte de mucus qui est à l'entrée du col. Les sécrétions recueillies profondément n'en renferment que d'une manière exceptionnelle et en très petit nombre.

Chez les femmes atteintes de métrite, ce sont également les formes courtes qui dominent dans les phases aiguës, et l'on voit reparaître les formes bacillaires dès que la maladie est en voie d'amélioration.

Nous n'avons fait qu'effleurer le côté thérapeutique de la question, montrant, aussi bien au point de vue de la muqueuse utérine que de la muqueuse vaginale, que les traumatismes et les applications de solutions acides irritantes ramènent les formes microbiennes courtes, en même temps que des réactions inflammatoires plus ou moins accentuées, tandis que les préparations alcalines ne semblent pas entraver le processus de guérison.

M. Pinard. — M. Siredey a donné des conseils thérapeutiques auxquels j'applaudis : je suis de son avis pour la question des injections acides ou irritantes, ces liquides amènent une desquamation de la muqueuse qui peut réveiller une infection qui était à l'état latent.

Dans un cas que j'ai observé à la Clinique Baudelocque, on avait examiné un vagin qui paraissait normal et dont la sécrétion vaginale, examinée avec soin, n'avait pas révélé de microbes pathogènes. Cette femme accouche; quel-

ques heures après la naissance, l'enfant présente une ophtalmie purulente. M. Morax examine le pus de cette ophtalmie et trouve des gonocoques en grande quantité. On refait un examen du contenu vaginal et on y constate également des gonocoques.

Je ne saurais trop protester contre l'abus des injections et surtout des injections au sublimé. J'ajoute que les injections à l'eau blanche ne m'ont pas donné de résultats satisfaisants.

M. Doléris. — Sous ce vocable vague et suranné, *la leucorrhée*, on ne peut englober et les sécrétions catarrhales aseptiques du col, et les sécrétions septiques dépendant d'une infection streptococcique, puerpérale, gonococcique ou simplement saprophytique du même organe, et les écoulements exsudatifs fournis directement par le vagin.

L'origine cervicale de la plupart des écoulements pathologiques des voies génitales, la disposition anfractueuse du col utérin et la structure spéciale de sa muqueuse, qui la rendent particulièrement vulnérable au gonocoque et au streptocoque qui s'y cantonnent parfois pour longtemps, n'autoriseraient pas l'affirmation de l'efficacité des injections émollientes et analogues contre les infections provoquées par ces germes et contre les sécrétions adultérées qui en sont la conséquence.

Mais, dès qu'il ne s'agit plus que des exsudations du vagin témoignant d'un état plus ou moins infectieux de sa muqueuse, je suis tout disposé à conclure à peu près dans le même sens que M. Siredey. D'abord, on sait combien sont fugaces et superficielles la plupart des infections franches du conduit vaginal, combien rapidement elle cèdent aux lotions antiseptiques appropriées; on sait que la propreté, tout simplement assurée par des lavages aseptiques, suffit parfois à les éteindre. Mais il en est cependant de tenaces et de rebelles à un grand nombre de traitements, dits antiseptiques, qui s'aggravent même par l'usage de ces traitements et qui s'atténuent dès qu'on les cesse.

J'ai observé toute une série d'états pathologiques du vagin, rares à la vérité et fort singuliers, qui sont tributaires d'une thérapeutique analogue à celle que nous propose M. Siredey. Ces écoulements vaginaux sont généralement liés à une variété de vaginite torpide, qui apparaît chez les femmes âgées, soit au moment de la ménopause, soit passé cette période critique. Il semblerait qu'on a affaire à un flux congestif vaginal, qui se substituerait au flux utérin périodique supprimé. En y regardant de plus près, on observe qu'il s'agit de femmes arthritiques, affectées parfois d'eczéma cutané, et de fait la vaginite en question a tout l'air d'un exanthème muqueux.

Quoi qu'il en soit, au point de vue du traitement, ces formes sont absolument distinctes des vaginites infectieuses aiguës. Je me suis fort bien trouvé, dans ces cas, de la suppression des injections irritantes et de l'emploi de solutions neutres ou simplement astringentes. J'associe aux badigeonnages pratiqués avec de la glycérine iodée au dixième, qui m'ont toujours paru très efficaces contre la flore banale du vagin, et aux pommades à l'oxyde de zinc introduites au moyen de tampons à demeure, des irrigations à l'eau blanche,

soit une cuillerée à café de sous-acétate de pl
Cette solution n'est pas alcaline, il est vra
je suis d'accord avec M. Siredey.

M. Pierre Delbet. — Doléris a tenu à bien
seulement les écoulements vaginaux, à l'e
pour origine.

C'est là en effet une question qui méritait
obscure depuis que j'ai vu des leucorrhées tr
femmes qui n'ont plus d'utérus. Jadis, quand
l'opportunité de l'ablation de l'utérus dans l
partisans de l'hystérectomie ne manquaient
thèse la fréquence des pertes blanches chez l
rus. Eh bien ! ces pertes blanches apparais
à qui on enlève la matrice. Je pourrais en cit
sis un parmi ceux qui se présentent à ma mé

C'est celui d'une jeune femme qui avait
nusitée. On triomphait assez facilement de c
que je dirai tout à l'heure, mais on en tri
jours d'interruption, et tout recommençait d
de légères lésions des trompes, mais si légère
commander une intervention. Sur ces entrefa
cite, à la suite de laquelle persistèrent des syn
Je dus l'opérer et il fut convenu que je ferais
bien examiner les annexes et que, si je trouvais
à leurs fonctions, je les enlèverais avec l'utér
en même temps l'hystérectomie. L'écoulemen
l'utérus comme avant, il persiste encore plus

Il me paraît donc certain que des écoulem
sommes habitués à considérer comme venan
origine exclusivement vaginale. Dans quelles
je sais pas. Mais je suis tenté de croire que l
très rares.

Siredey a divisé les agents chimiques qu'il
les premiers étant nocifs, les seconds bienfais
leurs grande importance à cette classification

Je crois pour ma part que la question est
qui se pose ici, c'est celle qui s'est posée pour
l'antisepsie et de l'asepsie. On s'est aperçu p
détruisent un certain nombre de microbes, il
ganisme en bien plus grand nombre, et c'es
une certaine mesure l'infection. Ce résultat e
péritoine ; je pense l'avoir démontré il y a un
l'action des antiseptiques sur l'endothélium

Les choses se passent de même dans le va

épithélium, qui diminuent sa résistance peuvent très bien permettre à des microbes jusque-là inoffensifs de produire des lésions. C'est ainsi que certains traitements, en apparence rationnels, peuvent augmenter les écoulements et produire des vaginites. Parmi les antiseptiques, le plus nocif est peut-être le sublimé. Au contraire, la glycérine bicarbonatée m'a donné d'excellents résultats. Elle agit, sans doute, dans le vagin comme sur les crevasses des mains, non pas en détruisant les microbes, mais en tonifiant les épithéliums. Quoi qu'il en soit de son mode d'action, son efficacité n'est pas douteuse.

M. Routier. — A propos du traitement des vaginites, il suffit de se rappeler ce que font les spécialistes pour les voies urinaires ; dans la blennorrhagie larvée, ils emploient le sublimé et le nitrate d'argent pour exagérer la sécrétion et faire apparaître les microbes.

Comme Delbet, j'ai remarqué la persistance de la sécrétion vaginale après l'hystérectomie.

M. Lucas-Championnière. — Il est nécessaire de distinguer les écoulements pathologiques des écoulements non pathologiques, qu'on traite inutilement.

Le vagin, en présence des antiseptiques, ne diffère pas des autres régions du corps, et il est certain que quelques régions supportent très mal les antiseptiques comme le sublimé ou l'acide phénique, alors que les alcalins réussissent très bien ; cette amélioration produite par les alcalins est quelque peu paradoxale, puisque les alcalins constituent un bon milieu de culture des microbes.

P. Rudaux. — **Mort subite à la fin de la grossesse. — Opération césarienne post mortem. — Enfants vivants.**

Obs. I. — *Mort subite dans les derniers jours de la grossesse. — Opération césarienne post mortem. — Enfant vivant.* — Femme âgée de 28 ans sans antécédent pathologique.

A 20 ans, elle eut une première grossesse, qui s'est terminée à terme par la naissance d'un garçon actuellement bien portant.

Elle redevient enceinte en 1898, ses règles sont survenues pour la dernière fois du 20 au 24 avril. La hauteur utérine est de 32 centimètres, le fœtus a son extrémité céphalique en bas, non engagée et très mobile, les bruits du cœur sont normaux. Tous ses organes, peau, squelette, cœur et poumons sont sains. Le bassin est bien conformé, et le col utérin est long et fermé. Les urines, examinées à plusieurs reprises pendant son séjour au dortoir, ne renferment ni sucre ni albumine.

Le 17 février, c'est-à-dire treize jours après son entrée, à 2 heures et demie de l'après-midi, elle meurt subitement. On cherche par tous les moyens usités en pareil cas, respiration artificielle, traction de la langue, injection sous-cutanée d'éther et de caféine, à la rappeler à la vie, mais inutilement.

La sage-femme en chef constate que les bruits du cœur persistent, mais vont en s'affaiblissant; elle fait une opération césarienne et extrait une fille de 7 livres qui respire aussitôt et qui a bien vécu; cette enfant a, du reste, été élevée dans le service pendant plus d'un an.

L'*autopsie* fut faite 24 heures après la mort. Les poumons sont congestionnés et laissent échapper du sang à la coupe. Le cœur est gras, mais le myocarde et l'endocarde sont sains; le ventricule droit renferme un gros caillot agonique qui se prolonge dans l'infundibulum. Le péricarde contient un peu de liquide, mais ses feuillets sont lisses.

Les reins ont leur volume normal, ils présentent une teinte rouge sombre.

Le foie est gros et de couleur foncée; à la coupe, il s'échappe une assez grande

quantité de sang noir. La rate a son volume ha
rouge foncé. Le cerveau n'offre rien de particulie
L'utérus ne présente aucune lésion.

Obs. II. — *Mort rapide au cours d'une crise d'a*
— *Opération césarienne post mortem, enfant vivan*
eu une fièvre typhoïde.

En 1888, c'est-à-dire à 19 ans, elle eut une pren
à terme.

Elle redevient enceinte d'un père différent en 1
31 janvier. A partir du septième mois, le 8 août,
qu'elle met sur le compte de sa grossesse ; aussi
tômes s'accentuent dans les premiers jours d'o
la Maternité de Beaujon le 10.

A son entrée elle est en pleine crise d'asystolie,
présente par le sommet qui est engagé. Cette fem
couvre la poitrine de ventouses sèches, on lui c
on lui fait respirer de l'oxygène.

Dans la soirée un peu de calme est survenu, c
sont remplis de râles fins ; quant au cœur, il est im
qui sont sourds et voilés par les bruits pulmonair

Le lendemain 11 octobre, un nouvel accès de
midi, et dix minutes après la malade expire.

Mme Léger, sage-femme en chef, examine le c
dant dix minutes elle entend les battements précip
disparaissent. Elle fait alors l'opération césarien
3 110 grammes, né en état de mort apparente. Il e
minutes.

A l'autopsie de la femme, nous n'avons constat
mons, surtout accentuée au niveau de la base g
ancienne et de myocardite.

M. Pinard. — Avait-on recherché la q
femmes dans les vingt-quatre heures ?

M. Rudaux. — Pour la deuxième observa
femme étant morte peu après son entrée. Q
recherche n'a pas été faite parce qu'il n'y ava
femme avait été admise au dortoir à cause de
urines étaient analysées deux fois par semai
Elles ont toujours été normales, aussi notre
de ce côté.

M. Pinard. — Ces deux observations nou
survie du fœtus n'existe que si la mère me
conserve une réserve d'oxygène dont profite
plus rapidement si la mort de la mère survie

M. A. Grosse (de Nantes). — **Présentatior**
tomie, perforation de l'utérus. — Guérison
avec l'embryotome de Ribemont-Dessaignes.
Après la délivrance artificielle, une déchirur
bord droit de l'utérus, fut reconnue par le t
tamponnement serré de l'utérus. La malade

Séance du 10 juillet 1905.

M. Spartali (de Smyrne). — **Deux observations de grossesse extra-utérine.**

Obs. I. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à 8 mois et demi. — Laparotomie médiane. — Marsupialisation du kyste. — Guérison.* — Femme de 30 ans. Mariée à 15 ans, elle a eu deux grossesses normales à terme, avec enfants vivants: la première à l'âge de 16 ans, la deuxième à 17 ans. Ces deux accouchements ont été normaux et n'ont pas nécessité d'intervention.

Dernières règles du 9 au 13 juillet 1903 ; le 20 août, vives douleurs hypogastriques, accompagnées de ballonnement du ventre, de vomissements, de fièvre, sans pertes de sang ; ces mêmes accidents se reproduisirent encore trois fois, le 20 août, le 14 et le 28 septembre.

En janvier on trouve une grosse tumeur, qui dépasse l'ombilic d'un travers de doigt environ, et en bas et en avant une autre petite tumeur, grosse comme le poing et qui représente l'utérus augmenté de volume ; en déprimant fortement la paroi à gauche, on obtient le ballottement fœtal.

Le cul-de-sac postérieur du vagin est aminci et repoussé en avant par une masse irrégulière nageant dans un liquide, et au niveau de laquelle on perçoit très nettement le ballottement. L'utérus est repoussé derrière la symphyse.

On porte le diagnostic de grossesse extra-utérine. Suivant la pratique du professeur Pinard, on décida de n'intervenir que deux mois plus tard (à la fin du huitième mois), pour courir la chance d'avoir un enfant vivant. La malade fut gardée en observation à l'hôpital, mais lorsque l'époque choisie pour l'intervention fut arrivée (13 mars 1904), cette femme refusa catégoriquement de se laisser opérer.

Le 25 mars, débutèrent les phénomènes du faux travail, qui se prolongèrent jusqu'au 31 mars, date à laquelle le fœtus succomba. Pendant la durée du faux travail, il n'y eut que de légères pertes de sang, sans expulsion de la caduque. Le 22 avril, reprise du faux travail, avec expulsion de la caduque et légères pertes de sang qui durèrent cinq jours. Ultérieurement la malade eut, à plusieurs reprises, un mouvement fébrile (température oscillant de 38° à 39°).

L'opération est décidée pour le 15 mai, exactement six semaines après la mort du fœtus. Elle est pratiquée avec le concours des docteurs Maggiar et Zannelis.

Laparotomie ; on tombe sur l'épiploon qui couvre la poche fœtale, à laquelle il est adhérent ainsi qu'au fond de l'utérus refoulé à gauche ; après libération de l'épiploon et section entre deux ligatures, j'ouvre la poche fœtale ; il s'écoule un liquide purulent et la main introduite rencontre le membre supérieur droit, qui est aussitôt amputé. Le fœtus, qui se présentait en sacro-iliaque droite, est saisi par un pied et extrait facilement. Il est du sexe masculin et du poids de 3 kilos. Le placenta est laissé en place, et le cordon est coupé. La partie supérieure de l'incision abdominale est suturée en un plan avec du fil d'argent, puis le kyste est fixé à la paroi par une rangée de sutures en points séparés au crin de Florence. La cavité du kyste est détergée et tamponnée avec des bandes de gaz stérilisée. Il s'est écoulé très peu de sang. Les suites opératoires ne présentèrent rien de particulier. L'élimination du placenta et des membranes s'est faite progressivement et n'a été complète qu'au bout d'un mois.

A partir de ce moment, la cavité du kyste se rétrécit, la plaie bourgeonne et est comblée le 12 août. L'opérée quitte l'hôpital quelques jours après, en excellent état.

Obs. II. — *Grossesse extra-utérine. — Enfant à terme mort depuis cinq mois au moment de l'intervention. — Laparotomie. — Guérison.*

Primipare de 18 ans. Mariée depuis 15 mois. Dernières règles au commencement d'avril 1903. A part quelques tiraillements douloureux dans le bas-ventre, la grossesse continua son cours sans incident jusqu'au mois de janvier 1904. A cette époque, alors que la malade était à terme, violentes douleurs abdominales.

Le travail qui se déclara fut sans résultat : il dura toute une journée, et les mouvements fœtaux, jusqu'alors perceptibles, ne se firent désormais plus sentir. Huit jours après le faux travail, expulsion de la caduque. A l'examen du ventre, on trouve une tumeur volumineuse, fluctuante donnant par places la sensation de parties fœtales. Cette tumeur, qui dépasse en haut l'ombilic, est mate à la percussion et ne donne rien à l'auscultation. Par le toucher bi-manuel, l'utérus ne semble pas augmenté de volume ; le col dévié en avant n'est pas ramolli, et la tumeur accolée à la matrice en paraît indépendante.

Le diagnostic, basé sur les commémoratifs, sur l'exploration de la tumeur et sur la marche de l'affection, fut celui de grossesse extra-utérine avec suppuration du kyste fœtal, se traduisant par l'accélération du pouls (110) et l'élévation de la température (39°).

La laparotomie est pratiquée 14 mois après la conception, 5 mois après la mort du fœtus à terme.

Je pénètre progressivement dans la poche fœtale, sans avoir traversé la cavité péritonéale, grâce aux solides adhérences qui existaient entre la paroi de la tumeur et le péritoine pariétal. Il s'écoule plus de 2 litres de pus, et la main introduite rencontre le siège du fœtus. Celui-ci est extrait facilement. Il est du sexe féminin et du poids de 2.600 grammes. Cinq gros cotylédons sont décollés et enlevés, et le cordon est coupé aussi bas que possible. Pour consolider les anciennes adhérences, je place quelques sutures en points séparés au crin de Florence. La cavité du kyste est détergée et tamponnée avec des bandes de gaze stérilisée.

Les suites opératoires ne présentèrent aucun incident. La cavité du kyste se rétrécit progressivement et est comblée le 17 septembre.

M. Mauclaire. — **Discussion sur le traitement des péritonites puerpérales par la laparotomie ou par la colpotomie postérieure** (*suite et fin*). — Je n'ai pas étudié dans mon rapport le traitement de l'infection puerpérale, mais celui des péritonites puerpérales « évacuables » pour ainsi dire.

A propos du *traitement de la perforation utérine au cours de la septicémie puerpérale*, je croyais être d'accord avec tout le monde en disant que, dans ces cas, la laparotomie exploratrice et curatrice s'impose, soit pour faire la suture de la perforation utérine ou l'hystérectomie, soit pour nettoyer le pelvis et le débarrasser du sang qu'il peut contenir.

A ce propos, M. Lepage fait remarquer avec raison que le diagnostic de perforation, d'après les symptômes observés, n'est pas toujours facile; des injections intra-utérines peuvent donner lieu à des douleurs faisant croire à la perforation. Pour ces cas douteux on pourrait attendre; mais si la perforation est probable, il vaut mieux faire la laparotomie exploratrice.

M. Lepage ajoute que la laparotomie ne semble pas avoir donné des résultats excellents. A cela je répondrai que, s'il en est ainsi jusqu'à maintenant, c'est que cette laparotomie n'a été faite le plus souvent qu'au moment où une péritonite généralisée était très évidente. Si la laparotomie avait été faite aussitôt après l'accident, on aurait pour ainsi dire fait avorter la péritonite en drainant le pelvis. D'ailleurs dans une thèse récente, celle de M. Morlet (Paris, 1905) nous trouvons plusieurs observations de perforation de l'utérus puerpéral post partum et post abortum, dans lesquelles on peut affirmer que la laparotomie précoce a sauvé les malades. L'auteur insiste comme nous sur les complications graves de ces perforations : infection péritonéale généralisée, lésions de l'intestin, etc. Il émet absolument les mêmes indications opératoires que nous avions

posées il y a déjà trois ans, en se basant sur quelques observations nouvelles publiées depuis et sur plusieurs observations inédites de M. Picqué.

Que dans certains cas une perforation utérine, au cours de la septicémie puerpérale, ne soit pas suivie d'accidents graves, cela est possible, et M. Lepage en a rapporté une observation intéressante (perforation évidente par la sonde intra-utérine); mais je crois pouvoir dire que, dans ce cas, la ligne de conduite suivie a été plus heureuse que prudente. Je persiste à penser que toute perforation utérine, surtout avec la curette ou la sonde intra-utérine, au cours d'une septicémie puerpérale nécessite la laparotomie immédiate, qui sera exploratrice et curatrice.

Discussion sur les indications du curettage pendant les suites de couches (*suite*). — M. Lepage. — Les opinions exprimées ici peuvent être séparées en trois groupes :

1° Dans un premier groupe se placent les fervents du curettage; M. Pozzi s'est fait leur champion, en disant que, chaque fois qu'une femme accouchée présentait une élévation de température qui ne pouvait être facilement expliquée par une cause extra-génitale, il était partisan de l'exploration utérine avec le doigt ou avec la curette et recourait rapidement au curettage, préférant en faire plusieurs inutiles plutôt que d'avoir à se reprocher de n'être pas intervenu dans un cas où le curettage aurait pu sauver une femme.

2° Le second groupe est constitué par M. Champetier de Ribes, qui, tout en cherchant à distinguer les cas dans lesquels la fièvre ne provient pas de l'utérus, recourt volontiers au curettage et dans le doute préfère ne pas s'abstenir. La statistique qu'il nous a donnée est un argument important en faveur de sa pratique, puisque cette statistique de mortalité (dans laquelle il fait rentrer des femmes accouchées et délivrées avant leur entrée dans le service) est une des meilleures qui aient été publiées.

3° Dans le troisième groupe se trouve M. Pinard, qui, après avoir usé très largement du curettage, en est arrivé à le restreindre de plus en plus dans sa pratique : l'excellence de sa statistique montre qu'il n'a pas à regretter sa nouvelle manière de faire.

A vrai dire, aucune de ces opinions ne me paraît tout à fait à l'abri de la critique, et je me placerais entre le deuxième et le troisième groupe. Comme M. Pinard, de plus en plus et depuis longtemps déjà, je m'abstiens le plus possible de toute thérapeutique utérine, même des injections intra-utérines, et je n'ai point à regretter cette manière de faire. Je ne vous apporte point les résultats de ma statistique hospitalière; mais des chiffres que j'ai recueillis il résulte que ma statistique de mortalité pour infection chez des femmes accouchées dans le service est sensiblement la même que celle de MM. Pinard et Champetier de Ribes ; au point de vue du nombre des curettages, j'en pratique proportionnellement moins que M. Champetier de Ribes et plus que M. Pinard. J'ai la conviction que nombre de curettages donnent des résultats trop faciles chez des femmes qui présentent une ou plusieurs élévations de température qui

ne sont point d'origine utérine ; je pense m
utérines légères, donnant pendant 36 ou 48
tent point les honneurs du curettage.

Depuis dix-sept ans, dans la clientèle d
chées par moi, j'ai pratiqué quatre fois le cu
curettée de bonne heure, est morte d'emboli
de l'observation (prurit généralisé avec de
grossesse, hémorragie grave au cours de l
fœtus pendant un mois, etc.) prouvent, à m
tion antérieure à l'accouchement. C'est just
je jugeai de bonne heure la situation grave q
afin qu'on ne puisse me faire le reproche d'

Parmi les observations de mon service
la thèse de mon élève le docteur Fessard) une
au point de vue de la discussion actuelle ; il
les quatre premiers jours, eut une températ
ture s'éleva, je fis faire une injection intra
liquide de l'injection ressortit clair. Je ne ju
être — de pratiquer le curettage, d'autant n
qui l'examina quinze jours après l'accouche
fièvre typhoïde ; mais le séro-diagnostic éta
tant, un de mes collègues, qui me remplaçai
la fièvre était due à de l'infection d'origine
vingt et un jours après l'accouchement. Au c
avec la curette « un débris de placenta, que l
copique décela être composé de fibres musc
fibrome ». La malade succomba le vingt-deux
et à l'autopsie on trouva, sur la paroi postérie
paroi est très mince, déprimée en cupule ; le
été le siège d'une perforation ». Cette obser
partisans du curettage systématique et par c
peut me reprocher, avec quelque apparence
en temps utile ; je puis répondre qu'on ne pe
tion, puisque la méthode de traitement n'a p
reste un doute sur la relation à établir entre
lésions constatées à l'autopsie.

Le grand argument des fervents du curet
vention ; je suis à cet égard presque d'accord
dant me concéder que : 1° même entre des m
dents plus ou moins graves (hémorragies, p
curettage devient de pratique courante, il
plus nombreux qu'il sera pratiqué par des
est tout à fait illogique, comme je l'ai fait
de curetter une femme chez laquelle, quelq

nière indiscutable, avec le contrôle du séro-diagnostic fait par un microbiologiste compétent, une fièvre typhoïde des plus graves.

Il y a, au point de vue des indications du curettage, une distinction importante à établir entre une femme que l'on a accouchée soi-même, ou qui a été assistée par une personne dont on connaît la minutieuse asepsie, qui a été délivrée en temps opportun et celle chez laquelle on n'est sûr ni des précautions antiseptiques prises, ni de la manière dont a été dirigé l'accouchement (délivrance comprise). Nous savons que dans le premier cas, à moins de rupture prématurée des membranes, d'infection fœtale intra-utérine, il n'existe pour ainsi dire pas, à l'heure actuelle, de septicémie sérieuse ; il peut y avoir une infection légère de l'utérus, qui guérit presque toujours sans danger immédiat ni tardif. Mais cette sécurité, dans laquelle nous sommes tous aujourd'hui, peut devenir trompeuse et dangereuse s'il s'agit d'une femme soignée comme l'étaient les parturientes il y a trente ans.

Il est une autre distinction à établir, c'est que l'on pratiquera plus volontiers le curettage à l'hôpital qu'en ville. Dans une Maternité, on a toujours la crainte qu'une infection, même légère, ne vienne à se propager d'une manière plus grave chez les voisines : on exagère un peu les précautions prises pour l'individu, dans le but de sauvegarder la collectivité.

Je crois qu'il nous faut donc un peu revenir de la formule du traitement hâtif par le curettage dès la première élévation de température. La statistique de M. Pinard nous montre que sans curettage la mortalité des accouchées est très faible ; cependant je crois que M. Pinard restreint un peu trop les indications du curettage lorsqu'il conseille de n'y avoir recours que lorsque les lochies sont fétides ou lorsque le liquide provenant d'une injection intra-utérine charrie des débris ou ressort sali. Sans doute, cette thérapeutique est suffisante pour les cas d'infection légère qu'il observe dans son service, chez des femmes qui ne présentent que des septicémies atténuées et chez lesquelles la délivrance a été bien faite. Mais si M. Pinard recevait dans son service, comme M. Champetier de Ribes et comme moi, des femmes accouchées et délivrées en ville et présentant des symptômes fébriles, nul doute qu'il étendrait davantage les indications du curettage. Il y a certaines formes d'infection — ce ne sont pas les moins graves — dans lesquelles les lochies ne sentent pas mauvais et qui sont enrayées par le nettoyage minutieux de la cavité utérine. Aussi, lorsque, malgré les injections intra-utérines, la température reste élevée pendant plus de 48 heures, surtout s'il s'est produit un frisson spontané, il y a indication d'autant plus nette à intervenir qu'on ne trouve pas chez la femme de cause pouvant expliquer cette hyperthermie persistante.

En résumé, je suis tenté de conclure :

1° Le curettage est un moyen précieux de traitement des accidents fébriles qui, chez la femme accouchée, sont dus à une infection de l'endomètre ;

2° Il ne doit être employé qu'en cas d'indication à peu près nette, c'est-à-dire lorsqu'on s'est assuré que l'hyperthermie ne provient pas d'une cause extra-utérine (lymphangite mammaire, stercorémie, pyrexie, etc.). Avant d'y

avoir recours, on peut atteindre 24-48 heure
la fièvre provient bien de l'infection utérine
sont insuffisantes ;

3° On a recours d'autant plus facilement
que l'antisepsie ait été rigoureuse au mom
certaines particularités (rupture prématurée
teinté par le méconium, hémorragies au mo
hâtive, etc.) plaident en faveur d'une infecti

4° Par contre, on n'aura que difficilem
conditions inverses, c'est-à-dire lorsque, l'ac
une personne rompue à l'asepsie, il y a eu r
délivrance normale et lorsqu'on s'est ass
entièrement.

M. Pozzi. — Lorsque après un accouche
présente de l'élévation de température et q
été révélée par l'examen minutieux des orga
pratiquer l'exploration de l'utérus par le t
curette.

M. S. Pozzi. — **Fibrome de l'utérus dével
onze ans auparavant, une castration ovarien
térectomie abdominale subtotale.** — L'utéru
très régulier, présentait un fibrome inclus su
telle sorte que l'ensemble présente l'appar
cavité utérine a moins de 4 centimètres (le
une précédente opération). Cet utérus, tout
l'utérus d'une jeune fille impubère.

Il est remarquable de constater que l'
l'ablation des annexes n'a pas empêché le dé
fibreux très petit, qui probablement existait
tion et qui a échappé alors à l'examen du cl
la présence de ce noyau qui a provoqué la
longues années, malgré l'ablation bilatérale

M. Faure. — Je désirerais savoir si, au co
examiné les pédicules ; peut-être y aurait-on
en effet bien extraordinaire que cette persis
qu'il soit resté quelques débris de tissu ovar

M. Pozzi. — Il ne restait aucun vestige d

M. Lucas-Championnière. — Les ovaire
enlevés en totalité, puisqu'il y avait des rè
petits fragments d'ovaire imperceptibles da
j'ai observé, j'ai pu retrouver des débris ova

Dans le cas qui nous est rapporté par n
vraie est survenue en temps normal, l'utérus

pine ne s'est pas étendue au fibrome. Je ne veux pas dire par là que les fibromes ne puissent pas se développer après l'ablation des ovaires.

M. Pinard. — Je suis entièrement de l'avis de notre Président: je puis citer, à l'appui de sa manière de voir, une observation d'un mémoire tout récent de Rossier sur l'ostéomalacie (1). Rossier donne l'observation d'une femme atteinte d'ostéomalacie pour laquelle on pratiqua une double castration; celle-ci fit cesser les symptômes graves et la marche envahissante de l'ostéomalacie. Après l'accouchement, cette femme revoit ses règles; il se produit alors une aggravation des symptômes, l'état général devient assez mauvais pour que cette femme entre de nouveau à la Maternité de Lausanne. On fit une hystérectomie et on trouva des petites portions d'ovaire dans le pédicule.

Les règles peuvent aussi persister chez des femmes castrées, mais ayant des ovaires supplémentaires.

M. Lepage. — Il y aurait peut-être lieu de rechercher histologiquement si, dans la pièce que présente M. Pozzi, il n'y a pas, au voisinage des cornes utérines, des débris d'ovaire. Leur absence ne prouverait d'ailleurs rien, puisque ces débris peuvent être restés au niveau des pédicules.

M. Pozzi. — J'ai examiné les pédicules et je n'ai trouvé aucun nodule pouvant faire penser qu'il y avait des débris ovariens. Cette femme est restée réglée jusqu'à 44 ans et elle a été opérée à 46 ans : il n'est pas impossible que cette femme ait continué à avoir des fluxions utérines par suite de la présence d'un fibrome. J'ai vu des femmes, à qui on avait enlevé les deux ovaires, continuer à avoir des métrorragies parce que l'utérus était malade. C'est surtout dans les cas où cet organe est gros et enflammé, ou lorsqu'il renferme des petits fibromes.

M. S. Pozzi. — **Kyste séreux de la glande de Bartholin extirpé par le procédé de la solidification préalable.** — Tous les chirurgiens qui ont enlevé des kystes de la glande de Bartholin connaissent les difficultés que l'on éprouve à enlever le kyste en entier sans le rompre ; or l'ablation est faite d'une manière d'autant plus complète que la poche kystique reste intacte pendant la dissection. C'est, pour rendre cette opération plus facile qu'il y a longtemps déjà j'ai conseillé de ponctionner le kyste la veille de l'opération et d'y injecter du blanc de baleine, qui reste liquide à une température de 40° et qui se solidifie une fois injecté. Je vous présente un kyste ainsi solidifié par le blanc de baleine et qu'il m'a été facile de disséquer. Il est intéressant de noter que chez cette malade l'infection blennorrhagique ne paraît avoir joué aucun rôle, comme cela est si fréquent, dans la production du kyste.

M. G. Lepage. — **Note sur l'extraction du siège décomplété mode des fesses.** — La conduite à tenir pour l'extraction du siège décomplété mode des fesses a fait depuis une vingtaine d'années l'objet de nombreuses discussions. Actuellement, l'accord semble fait parmi les accoucheurs pour rejeter l'emploi des

(1) Voir *Annales de gyn.*

crochets et des lacs; la plupart ont recours à par Pinard, de l'abaissement du pied en fais Cette méthode, reconnue excellente par to encore considérée par quelques accoucheurs difficilement praticable dans certains cas pe seillent-ils, lorsque cette manœuvre échoue, appliqué sur le siège.

Ce dernier conseil nous semble mauvai parce qu'il jette un doute sur la possibilité la seule aide de la main. Je ne connais pas er la manœuvre d'abaissement du pied ayant éc à l'aide du forceps ; d'autre part, j'ai déjà ra la clinique Baudelocque de fœtus très volumi l'excavation, chez lesquels on put néanmoins terminer l'extraction. Cette manœuvre, qui, d pratique facile, présente parfois des diffic exiger une certaine dose de persévérance l'emploie en temps utile.

De cette note illustrée de deux obser conclut :

1° Il y a lieu de rappeler que, comme M à l'aide des statistiques de la clinique Baude est plus fréquente chez les primipares que erreur de considérer comme exposée à de femme qui, lors d'une première grossesse difficilement d'un enfant se présentant par assuré qu'il n'existe chez elle ni malformat bassin.

2° Dans les cas de présentation du siè lorsque l'expulsion du fœtus traîne en longu à la partie supérieure de l'excavation, il y a du pied antérieur et, dans les cas où la mai recourir à la manœuvre de la flexion de (fœtus volumineux, utérus rétracté), il est to résolution musculaire suffisante à l'aide du ch de terminer l'accouchement sans avoir recou au forceps.

M. Potocki. — J'approuve les conclusior possibilité d'extraire dans tous les cas les f à l'aide de la manœuvre de Pinard ; j'ai pu a des accouchements qu'on considérait com les difficultés que l'on éprouve pour ex l'existence d'anneaux de contraction irrégu du genou du fœtus et donnent extérieureme

Le chloroforme fait disparaître ces anneaux de contraction et aplanit les difficultés.

De plus, si la présentation du siège est plus fréquente chez les primipares, c'est surtout la variété du siège décomplété mode des fesses.

M. Pinard. — Je partage entièrement l'opinion de M. Potocki au sujet de cette rétraction de la paroi utérine gênant la pénétration de la main. On peut éviter cette rétraction en intervenant de bonne heure : il faut, à la dilatation complète, si le siège ne s'engage pas, aller à la recherche du pied et l'amener à la vulve.

Séance du 9 octobre 1905.

M. Le Lorier. — **Inondation péritonéale par rupture spontanée de la rate, chez une femme enceinte d'environ cinq mois et demi. — Laparotomie. — Mort.**

Femme de 26 ans, primipare, enceinte de 5 mois environ, est prise brusquement, à la suite d'un effort, de suffocation et de syncopes.

Elle est transportée dans le service de M. Ribemont-Dessaignes. Signes d'hémorragie interne, ne paraissant pas avoir pour origine l'utérus gravide. La laparotomie est pratiquée par MM. Bazy et Ribemont-Dessaignes.

Le ventre est plein de sang. Utérus gravide fibromateux, rien du côté des annexes, rien dans les fosses iliaques. L'incision est prolongée jusqu'à l'appendice xyphoïde, le sang paraît venir de l'hypochondre gauche ; pour mieux explorer cette région, une incision est menée, perpendiculairement à la précédente, jusqu'au voisinage de la ligne axillaire gauche. *L'exploration manuelle de la rate ne donne rien.* On trouve une éraillure du ligament gastro-colique au voisinage de l'angle gauche du côlon, où semble s'être fait un suintement sanguin, actuellement arrêté. Quelques points de catgut en surjet sont placés en ce point. L'exploration de l'abdomen est encore une fois faite rapidement, mais comme elle ne révèle rien de plus, on referme le ventre, après toilette du péritoine, par une série de points au fil d'argent. Drainage abdominal.

A l'autopsie on trouve une déchirure complète de la rate allant d'un pôle à l'autre et siégeant tout au voisinage du bord postérieur, ce qui explique comment. la plus grande partie de la face externe étant lisse, on avait pu croire à l'intégrité de l'organe ; l'arrière-cavité des épiploons était remplie de sang coagulé. Les autres organes sont sains.

M. V. Wallich. — **Rapport sur une observation de M. Riss, accoucheur adjoint à la Maternité de Marseille, intitulée : Opération de Porro pour rupture utérine pendant le travail. Tétanos suraigu douze jours après l'intervention.**

Obs. — X..., primipare, âgée de 18 ans, est transportée à la Maternité le 13 octobre 1904, à 5 heures du matin. Elle habite un appartement sordide dans le voisinage immédiat des écuries des Pompes funèbres de Marseille.

La grossesse est à terme, la poche des eaux s'est rompue prématurément il y a quatre jours, et le travail s'est déclaré depuis plus de quarante-huit heures.

Une vieille sage-femme appelée a constaté une mauvaise présentation et, après avoir longuement tergiversé, s'est décidée à soumettre le cas à un médecin, qui a immédiatement fait transporter la parturiente à la Maternité.

C'est là que je la trouve le 13 octobre, à 6 heures du matin, dans un état d'épuisement extrême. La main droite du fœtus est hors de la vulve, par laquelle s'écoule un liquide sanieux Le col est complètement dilaté, mais l'utérus est fortement rétracté et il est impossible

d'introduire la main dans sa cavité. Inutile d'ajoute ce travail prolongé, qui a provoqué une véritable t

Au moment où je vois la malade, une seule Je me mets en devoir de la pratiquer, malgré des remontée s'est creusé une loge dans la paroi latéra introduits le long de l'épaule, je glisse les ciseaux cou. A peine ai-je entamé la colonne cervicale que j jusque-là bridait mes doigts comme un étau. Une d environ s'était produite.

J'interromps immédiatement l'intervention com aseptiser la région abdominale et, vingt minutes e le ventre et pratiquais l'opération césarienne suivie

Les suites de mon intervention furent meilleure de la femme s'améliora rapidement, grâce à des in Aucun accident péritonéal ne se déclara et la plaie intention autour du pédicule cervical.

Je considérais à bon droit cette jeune femme lorsque le 25 octobre, *douze jours* après l'opération, cultés de la déglutition et une sorte de rétraction trismus et une température de 38°,8. Je fais immédi de sérum antitétanique. La nuit est un peu agitée.

Le lendemain matin, température 37°,7, le trismu de la nuque. Je fais injecter 40 centimètres cubes d lavement de chloral. Le soir, 38°,8 ; la nuit est agit

A 7 heures du matin, la malade a une ou deux s six heures après le début des accidents tétaniques

Je pus pratiquer l'autopsie et constater le parfa moignon. Par contre, au niveau de l'orifice vagin s'écoulait. J'en prélevai un échantillon et priai le d de l'Institut bactériologique des Bouches-du-Rhôn présence du bacille de Nicolaïer. Par contre, l'exam de la plaie abdominale fut négatif.

L'opérée est morte non d'une rupture utérine d'une infection tétanique contractée avant son entré

Ce cas démontre les inconvénients que pe décollation dans un utérus tétanisé. Il es stance, de morceler le fœtus de proche en pr par éviscération.

Au point de vue chirurgical, ce cas prése tal. On sait qu'en présence d'accidents de t chirurgiens d'enlever la plaie d'inoculation, d'ailleurs, je crois, le membre portant la bl après l'éclosion des accidents tétaniques, c' blement trop tardive de l'évolution de l'e tances ont fait que l'opérateur a été dans la d'entrée à une période voisine de l'inoculati dents tétaniques éclatent. Cette suppressio coce n'empêcha rien. Toutefois on pourra c pas une hystérectomie totale, mais une hysté a continué à porter sur elle un moignon ext présentant encore lors de l'autopsie des micr

Les hystérectomies totales, pratiquées qu

épidémie de tétanos observée à Prague dans le service de Pawlick (Pit'ha, *Centralb. f. Gyn.*, 1899, p. 865, et *Annales de gynécologie et d'obstétrique* 1899, p. 425), ne donnèrent pas de meilleurs résultats. Toutefois, ces opérations furent pratiquées beaucoup plus tard après l'éclosion des accidents tétaniques. Il est bon de constater que la malade de Riss avait par son Porro échappé à la septicémie, pour succomber à l'infection tétanique.

Cette constatation est à rapprocher de ce que l'on a observé dans l'épidémie de Prague, et dans laquelle, six fois sur neuf cas, les suites de couches furent apyrétiques jusqu'au moment de l'éclosion du tétanos. Ces derniers cas peuvent être interprétés de deux façons : on peut les considérer, soit comme des infections tétaniques pures, soit comme des infections mixtes dans lesquelles les microbes septiques auraient subi une action *empêchante* de la part des microbes du tétanos. L'étude attentive des observations rend la première hypothèse plus vraisemblable, étant donné que l'épidémie a pris naissance à la suite de l'emploi en commun d'une sonde utérine qui n'avait été soumise avant chaque usage qu'à une seule ébullition et probablement peu prolongée, c'est-à-dire que cette sonde avait subi une stérilisation suffisante pour détruire certains germes, mais laissant subsister les spores du microbe tétanique. On sait que ces spores présentent une résistance toute particulière et ne succombent qu'après un quart d'heure au moins d'ébullition ou un séjour de trois heures dans la liqueur de Van Swieten.

Au point de vue thérapeutique, M. Riss a eu recours dès l'apparition au sérum antitétanique, en injection sous-cutanée à la dose de 20 centimètres cubes ; il en a administré encore 40 centimètres cubes le lendemain. Aucune modification ne s'est produite dans l'état de sa malade. Le même insuccès se montre dans les cas de Prague aussi bien après les injections sous-cutanées que intra-cérébrales de sérum antitétanique. A côté de ces cas malheureux, il convient toutefois d'enregistrer une observation de Leyden suivie de guérison.

Le sérum antitétanique, dont l'action curative reste problématique, a été employé systématiquement à titre prophylactique, à Prague, après l'épidémie en question, chez toutes les femmes qui entraient dans cette Maternité. On n'observa plus de tétanos dans ce service à partir de ce moment, et les femmes ne présentèrent aucun accident, en dehors d'un peu d'urticaire au niveau des points d'injection.

Il convient, à côté de la sérothérapie, de ne pas négliger, comme l'a fait Leyden, d'administrer des lavements alimentaires et de recourir au chloral et à la morphine, qui ont au moins l'avantage de calmer les souffrances. Mais, d'après les recherches de E. Vincent (E. Vincent, Tétanos et quinine. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1904, p. 748), il faudrait s'abstenir d'administrer la quinine, car cette substance, particulièrement en injection sous-cutanée, aurait une action favorisante sur le développement des microbes du tétanos et présenterait le grand inconvénient d'abaisser le taux leucocytaire du sang, aussi bien chez les animaux que chez l'homme.

Docteur Bouffe de Saint-Blaise. — E

Mme X..., 26 ans, n'a d'autres antécédents qu'un elle fut d'excellente santé jusqu'à l'âge de 18 ans. péritonite aiguë, qui mit ses jours en danger et fut un excès de fatigue (?) pendant les règles. La santé marta un an après, le 27 juin 1901, et devint encein

La grossesse fut bonne ; la jeune femme accu reins, mais rien dans les côtés du ventre.

L'accouchement fut spontané le 12 mai 1902, dura que 9 heures — et ne fut suivi d'aucune dc mon attention.

Trois jours après l'accouchement, sans qu'il y a accélération du pouls, il survint subitement une dans la région des annexes. Ces douleurs revenaie entre elles le ventre endolori, sensible à la pressic état de défense.

Puis la garde remarqua qu'il s'écoulait par la vul liquide très clair et très abondant, puisque plusieurs lement dura quelques heures, puis disparut en mè lendemain, il n'existait plus rien qu'un peu de courl

Les suites de couches furent, en dehors de tout c se leva le 23e jour, et tout alla bien jusqu'au 20 ju douleurs violentes dans les reins, avec sable dans l rouges.

La malade nourrissait avec succès.

Un mois après, le 18 juillet, reprise des douleurs veux, tels que de la gêne de la parole, des douleur tête, douleurs des globes oculaires et une sorte d' cela disparut dès qu'il se fut écoulé une assez gran il ne restait plus qu'une grande lassitude. En mèr lement.

En *août*, plusieurs pertes d'eau, accompagnées c

En *septembre*, retour des règles sans douleurs.

En *novembre* et *décembre*, les règles devinrent t 13 jours. En même temps le liquide s'écoulait pres douleurs. La malade fut mise au lit jusqu'aux prem

L'année 1903 se passa ainsi, avec des écoulemer gnés toujours des mêmes douleurs et des mêmes s

Crises plus ou moins douloureuses en janvier et

Puis rien jusqu'au 17 juillet de cette même anné qu'au 19, où les règles apparurent.

La menstruation était, du reste, redevenue assez

Le 19 juillet, règles normales sans douleurs. Ce commença à évoluer.

Naturellement ce cas donna lieu à de nombre d'hydrosalpinx que j'avais posé dès le début en sen tumeur fluctuante molle, plus ou moins tendue, qui des crises et des écoulements, ce diagnostic fut app confrères et maîtres. C'est ainsi que M. Doléris, M. autres, une consultation de Hegar (de Fribourg) :

Endométrie cervicale, avec ectropion. Sécrétioı droite et un peu en arrière, on sent une tumeur, gr occupant la place de l'ovaire et de la trompe du côté

Un jour on put même recueillir dans un bocal une assez grande quantité de liquide pour qu'on puisse en faire l'analyse, que voici :

Densité : + 15° — 1004.5.
Matières albuminoïdes :
Traces de sérine, globuline, mucine.
Métalbumine réduisant le liquide cupro-potassique, néant.
Fibrine spontanément coagulable, »
Fibrinogène, »
Bile, »
Cholestérine, »

Résidu sec par litre	8 gr. 45
Chlorures	3 » 50
Phosphates	0 » 35
Sels minéraux (en totalité)	4 » 60
Urée	1 » 89

Liquide presque limpide, fluide, de réaction neutre, sans odeur spéciale.

Examen cytologique. — L'examen de plusieurs préparations colorées à l'hématéine et au triacide d'Ehrlich après centrifugation prolongée montre que les éléments cellulaires sont rares et consistent surtout en cellules assez volumineuses, à noyau ovoïde, central ou légèrement excentrique, entouré d'un protoplasma abondant. Ces cellules sont isolées ou soudées en placards de 3 ou 4 éléments. On trouve encore quelques rares lymphocytes ou mononucléaires; on n'a pu observer n leucocytes polynucléaires, ni globules rouges.

Il n'existe pas de crochets d'échinocoques.

Conclusion. — Ce liquide de faible densité, ne renfermant qu'une très petite quantité de principes fixes, seulement des traces de matières albuminoïdes, sans crochets d'échinocoques, présente la composition des liquides séroïdes, se distinguant des sérosités proprement dites par l'absence des éléments essentiels du sérum sanguin (sérine fibrinogène).

Grossesse du commencement d'août 1904. Je suivis la malade très exactement et je constatai le développement normal de son utérus, légèrement dévié à gauche. On ne sentait pas de tumeur bien délimitable des annexes droites et celles-ci n'étaient pas particulièrement douloureuses.

Rien de particulier jusqu'en novembre. A ce moment, il survint une perte aqueuse accompagnée de douleurs le 4 novembre, une autre le 4 décembre, puis le 4 janvier, le 11 janvier et le 24 février 1905, environ une fois par mois. Les douleurs sont moins vives. L'état général a été excellent pendant toute la grossesse. Pas de vomissements, pas de fatigue, sauf au moment des pertes; en somme grossesse excellente.

Pendant les deux mois qui précédèrent l'accouchement, il y eut de petits écoulements séreux. Puis survint le travail normal, et l'accouchement normal.

Le placenta était inséré au fond de l'utérus; il mesurait 23 centimètres dans toutes ses dimensions. Il n'existait sur lui aucune trace de décollement, ni d'hémorragie. Du reste la malade n'a perdu de sang à aucun moment. Le toucher pratiqué immédiatement après la délivrance ne permit de rien constater à droite. Utérus mobile.

Le 18 *mai*, quinze jours après l'accouchement, légère perte aqueuse sans douleurs, puis encore le 25 mai. L'état général est excellent.

J'ai cru qu'il était intéressant de vous parler de ce cas curieux, dans lequel la trompe a pu se vider périodiquement sans que le contenu de l'utérus fût intéressé. En somme, il s'est fait plusieurs fois pendant la grossesse un écoulement venant de l'orifice de la trompe, qui a par conséquent décollé une portion considérable des membranes pour s'écouler au dehors, et l'œuf a continué à évoluer sans incident. Je dois cependant remarquer qu'il n'y a pas eu d'écoulement pendant toute la première période de la grossesse, alors que l'œuf est tout entier placenta, qu'il ne se reproduisit qu'au moment où le placenta était nettement localisé au fond de l'utérus. Je ne puis dire ce qui aurait

pu se passer, s'il y avait eu un écoulement
semaines de la grossesse.

M. P. Rudaux. — Hémorragie mortelle su couches, chez une grande multipare ayant centa.

Femme de 41 ans. Douzième grossesse. Dernières r tembre 1905, hémorragie utérine. Dans la nuit d abondante qui nécessite son transport à la Maternité

Le 13, hémorragie peu abondante. Pouls, 84.

Le 14, hémorragie persistante. Rupture large de L'hémorragie reparaît : un ballon de Champetier de duit dans l'utérus. Il est expulsé. Un second ballon après.

Le 15, au matin, température 37°,7. Pouls, 100. Injections vaginales chaudes; injections sous-cutané

Dans l'après-midi, hémorragie abondante, versio d'un enfant mort de 2.850 grammes; délivrance artifici

Suites de couches fébriles. Traitement intra-ut nage de l'utérus), sérum antistreptococcique.

Le 22, expulsion de 500 grammes de caillots ; tam

Le 23, nouvelle hémorragie, expulsion spontané Mort.

Aucune lésion n'a été constatée à l'autopsie.

M. G. Lepage. — Inversion utérine se après l'accouchement. Réduc

Mme X..., âgée de 34 ans, primipare, est d'une bo veuse, elle souffre habituellement au moment de ses lieu du 5 au 10 juin. La grossesse n'a été incidentée dante dans le courant de janvier. Le 16 mars à midi, à 9 heures du soir, apparition des premières contrac vail marche lentement, le col n'est complètement eff soir; le 20 mars, à 5 heures et demie du matin, la dil cœur normaux, liquide amniotique opalescent. Le c ment laborieux décide d'intervenir et fait demander chement par une application de forceps. La femr à 6 h. 35 du matin ; l'introduction et le placement A 6 h. 45 extraction d'un fœtus du sexe masculin incomplète du périnée. A 6 h. 55 on tente d'extraire sur le cordon ; il se produit un écoulement de sang injection vaginale avec de l'eau très chaude. L'hé ques minutes, nouvelles tractions sur le cordon, qu tumeur volumineuse à laquelle il adhère : c'est décolle assez rapidement le placenta, quelques débr On réduit assez facilement ; il se produit à ce mom La femme est remise dans son lit : pouls petit et ra

C'est dans ces conditions — et après la réductio avait fait l'application de forceps, — que je suis ap à 7 h. 45 du matin. Son état est assez satisfaisant mais n'a aucun signe d'hémorragie grave en d palper, l'utérus, bien contracté, remonte à quatre L'écoulement sanguin par l'orifice vulvaire est insig vaginal, ne voyant pas l'utilité de faire un examen

restée longtemps en travail et a été soumise à des explorations multiples. Après une consultation avec les deux confrères qui ont assisté cette dame, il est convenu qu'on lui fera une injection de 500 centimètres cubes de sérum artificiel et une injection hypodermique d'un centigramme de chlorhydrate de morphine, pour calmer les contractions utérines violentes et presque continues qu'éprouve la malade. On pratique le cathétérisme vésical, qui donne issue à 620 grammes d'urine environ.

21 *mars.* — T. m., 37°,2. P. 120. La malade accuse des douleurs assez vives et presque continuelles dans le bas-ventre. Sac de glace sur le ventre. A 5 heures et demie du soir, léger frisson ; la température, prise à ce moment, est de 37°,8. P. 120. Injection de 50 centigrammes de quinine. A 10 heures et demie du soir, injection de morphine. Je vois la femme dans la matinée avec le médecin traitant, toute la région hypogastrique est douloureuse et la palpation est rendue un peu difficile par la contraction de la paroi abdominale : ce qui gêne l'exploration du globe utérin.

22. — Les contractions utérines et les douleurs abdominales persistent. T. m., 37°,3 ; T. s., 38°. Léger frisson dans la soirée.

23. — Même état douloureux de la partie inférieure de l'abdomen ; en outre, la femme accuse des douleurs dans la région ano-périnéale. Les lochies sont fétides. Je conseille pour cette raison, et à cause de l'élévation de la température de la veille, de faire une injection intra-utérine. T. m., 37°,2. Le médecin et la sage-femme qui garde la malade essaient en vain de trouver le col de l'utérus. Après avoir retiré du vagin des débris membraneux fétides, on tombe sur un orifice utérin dilaté comme une grande paume de main : à travers cet orifice fait saillie une tumeur arrondie, résistante, à surface irrégulière. A 1 heure et demie, j'examine la femme et, en pratiquant le toucher, je sens cette masse qui remplit le vagin : le palper et le toucher combinés montrent qu'il s'agit bien de l'utérus inversé. Après anesthésie chloroformique, la femme est portée sur une table : en écartant les grandes lèvres et en appuyant un peu sur la région hypogastrique, on aperçoit la surface de l'utérus inversé qui est d'aspect sale et de couleur un peu grisâtre. Des débris membraneux adhèrent faiblement à la tumeur. La main droite, introduite dans le vagin, procède à la réduction, tandis que la main gauche, appliquée au-dessus du pubis, déprime la paroi abdominale, maintient et cherche à élargir l'entonnoir formé par l'utérus inversé. La réduction ne se fait que péniblement ; elle n'est achevée qu'au bout de dix minutes environ. En cherchant à réduire d'abord la partie périphérique de la tumeur inversée, on n'obtient presque aucun résultat ; c'est en appuyant sur la partie saillante de la tumeur que peu à peu il se produit une dépression, qui augmente jusqu'à ce que tout l'utérus soit réduit. Pour éviter de traumatiser d'une manière trop intense la surface de la tumeur, les pressions ne sont exercées au même endroit que pendant une minute environ.

Lorsque l'utérus est réduit, on l'irrigue avec une solution de permanganate de potasse à 1 gramme pour 2.000. Nettoyage de la cavité utérine avec de l'eau oxygénée. Une mèche de gaze au salol est laissée dans l'utérus. Lorsque la femme se réveille, elle ne ressent plus les douleurs internes dont elle se plaignait depuis plusieurs jours. Le soir, T. 37°,8. A 9 heures, un frisson. On fait une injection hypodermique d'un gramme de quinine. La gaze salolée est retirée le lendemain.

En raison de l'état de la muqueuse utérine constaté avant la réduction, on fait matin et soir, pendant quatre jours, une injection intra-utérine avec du permanganate de potasse. La température oscille entre 36°,8 et 37°,2. Les jours suivants, on se contente de faire des injections vaginales avec une solution phéniquée au 1/100. Les suites de couches furent ensuite normales. La femme se leva le 25e jour. Elle allaita son enfant pendant 3 mois. Cette dame est de nouveau enceinte et redoute la reproduction de l'inversion au moment de la délivrance.

Cette observation est un exemple d'inversion utérine se produisant pendant la délivrance et récidivant progressivement d'une manière quelque peu insidieuse pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement. De tels faits sont signalés dans son *Traité de l'inversion utérine* par Denucé, sous le nom d'*inversion à répétition* ; il en rapporte deux cas, l'un de Le Blanc (d'Orléans) et l'autre de Belin (de Colmar).

Dans le premier cas, la matrice renversée au n avait été réduite aussitôt avec facilité; mais le de verse de nouveau. Cet accident s'annonça par une perte de sang abondante; on n'en obtient la rédu peine.

Dans le second cas une inversion survient par sept semaines après elle se reproduit à la suite d' ne put la réduire qu'après plusieurs tentatives.

D'après Denucé, ces répétitions de l'*in* réduction première n'a pas été suffisamme incontestables, dit-il, notamment celles de T dans les réductions, lorsqu'on obtient la r il reste très souvent une dépression du fond de repousser par un effort complémentaire c la restitution complète de l'organe dans sa si

On peut se demander s'il n'eût pas été pos d'empêcher la récidive d'inversion de se prod réduit le jour de l'accouchement, une rétracter et se contracter l'utérus.

En tout cas, lorsqu'on a ainsi réduit, peu utérus inversé au moment de la délivrance, il inversion peut se reproduire, soit d'une ma insidieuse comme dans notre cas. Il est évid plus en éveil sur la possibilité de cette récidi nature de ces douleurs abdominales, prises à simples, j'aurais dès le 2e jour pratiqué le que j'aurais trouvé l'inversion en train de double avantage de rendre la réduction plu facile. Les difficultés que j'ai rencontrées po sérieuses; toutefois les sensations que j'ai eu confirmé dans cette idée que, sauf certains c forme et de la patience il est possible de ré pérale, même lorsqu'elle est produite depuis

REVUE ANALYTIQUE

Anneau de contraction et orifice interne (Kontraktionsring und innerer Muttermund). O. Schæffer, *Zent. f. Gyn.*, 1905, n° 38, p. 1158.

A l'occasion d'un travail de G. Martin sur ce sujet qu'il a lui-même maintes fois traité, Schæffer, par crainte d'être mal compris, expose à nouveau la question et la résume de la façon suivante : « Si les conditions naturelles de la paroi et de la lumière de l'utérus sont celles que nous venons de dire, c'est qu'il existe sur l'utérus puerpéral du début, au-dessus de l'orifice interne circulairement contracté, une portion pariétale molle, relâchée, qui *sub partu* ne saurait jouer qu'un rôle essentiellement passif. Cette même portion pariétale, extensible, que j'ai déjà décrite, peut apparaître sous l'influence non seulement de la métreuryse, mais encore à l'occasion de l'excitation de la contractilité utérine par des tiges de laminaire ou par des douches. Il existe en outre une autre portion extensible du corps de l'utérus, un *segment inférieur de l'utérus* proprement dit, mais qui ne devient constatable que par l'activité contractile de l'organe. A cette activité contractile de l'utérus appartiennent les *douleurs prémonitoires* et aussi les « douleurs de grossesse », qui, dans le cas d'utérus primigestes ou frappés d'hypoplasie primitive, ouvrent déjà, vers la fin de la grossesse, l'orifice interne. Avec la dilatation de l'anneau de Muller par les vraies douleurs du travail, le *segment du* corps *distendu* se prolonge d'un *segment du* col distendu.

« La contractilité antagoniste concentrique de l'orifice interne est amoindrie en proportion de l'accentuation des contractions du fond de l'organe, mais non totalement supprimée avant le déplissement complet du canal cervical, en sorte que, dans l'intervalle des contractions comme au début et à la fin des douleurs, le relief circulaire de l'orifice interne peut encore être senti, haut, près de la poche des eaux.

« Dans le cas d'activité contractile excessive ou nerveuse du fond de l'utérus, la masse musculaire de l'organe est entraînée en haut, mais la plupart du temps partiellement; c'est alors, et alors seulement, qu'elle tranche en relief dur sur le segment distendu du corps. J'ai désigné ce phénomène *phénomène inconstant de contraction*, dont la production exige des douleurs énergiques, se répétant souvent, finalement devenant même tétaniques. Outre cet anneau de contraction proprement dit, — qui siège à hauteur diverse suivant les sujets, mais qui, toujours, siège au point où cesse la masse musculaire principale et qui s'accentue d'autant plus que se manifeste en ce point l'action contractile, — il existe un *spasme de l'orifice interne.* » R. L.

Sur quelque3 questions importantes au cha
praktisch wichtige Fragen zum Kapite
Berliner klin. Wochensch., septembre 1

Dans cet article, au point de vue prat
sacre les lignes suivantes à la question de l'
« D'après J. Heaton (*Brit. med. J.*, 4 mars
que moitié moins souvent chez la femme qu
une vascularisation meilleure du gros int
avec les vaisseaux de l'ovaire droit). Bien
pose pas à l'appendicite, elle peut cependan
nique enflammé, en déterminer une attaq
risque : aboutit-elle, en effet, à la suppurat
ruption prématurée de la grossesse. De 24
grossesse, 6 ont guéri dans lesquels il ne s
avec suppuration, 9 se terminèrent par la
dans 78 p. 100 des cas. »

Selon Schleier, l'appendicite compliqu
qu'autrement. Et, d'après lui, la meilleure r
l'intervention chirurgicale précoce. Il faut s'
mais, lorsque les contractions utérines son
le plus tôt possible, bien que prudemmer
d'éviter à la femme l'action funeste de la pre
d'expulsion.

Du drainage vésical sous-symphysaire (Zum i
W. Hannes, *Zent. f. Gyn.*, 19

L'auteur décrit une modification au proc
préconisé par Stöckel pour *supprimer l'act*
sur les parties suturées (fistules vésico-uré
question, Stöckel, avant de commencer l'op
au-dessous du clitoris, une incision transv
poursuit cette incision jusqu'à la symphyse a
distendant les tissus par l'écartement des br
sant contourner à l'instrument le bord exte
travers le tissu prévésical, jusque sur la vess
à travers la perte de substance vésico-vag
où se sent l'extrémité de l'instrument, le chir
la paroi vésicale contre cette extrémité qu'on
à travers la fistule artificielle, Stöckel place
à la clinique du professeur Küstner, on a uti
drainage sub-symphysaire dans 3 cas. Dans
minée, on injecta dans la vessie environ 100
Puis, entre l'urèthre et le clitoris, environ

uréthral, on enfonça, après petite incision de la muqueuse, dans la vessie modérément distendue, un trocart ordinaire de 5 à 6 millimètres.

Dans le troisième cas, le trocart fut placé avant suture de la fistule. Après enlèvement du poinçon, le liquide injecté s'écoule par la canule, qui, après mise en place du drain et fixation de l'appareil, fonctionne à la manière d'un cathéter à demeure. Après avoir résumé les trois faits dans lesquels ce mode de traitement fut suivi d'excellents résultats, H... fait les commentaires qui suivent : « La méthode du drainage vésical et sous-symphysaire nous a été, dans ces trois cas, extrêmement utile. La plastie faite constamment sur l'urèthre n'a été, aussi longtemps que l'urine s'est écoulée par la canule du trocart, ni souillée par l'urine, ni irritée par un cathéter, en sorte que le processus de guérison a pu évoluer sans aucun trouble. Jamais nous n'avons noté un désavantage au passif de l'orifice artificiel fait avec le trocart. *La canule enlevée, pas une goutte d'urine ne s'échappa par la fistule artificielle.* »

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

L'importation des villosités choriales, déportation des villosités (Die Verschlep pung der Chorionzotten, Zottendeportation). J. Veit, 1905, F. Bergmann.

Nous avons eu trop souvent l'occasion d'analyser dans ce journal les travaux de Veit sur le même sujet, travaux dont la monographie actuelle n'est que l'assemblage et le développement, pour refaire ici une analyse très détaillée. — Au résumé, l'ouvrage comprend quatre chapitres : 1° *la greffe utérine de l'œuf*; 2° *les conséquences* MÉCANIQUES; 3° *les conséquences* CHIMIQUES; 4° *les conséquences* THÉRAPEUTIQUES de la déportation des villosités.

Paragraphe 1 : Dans l'espèce humaine la greffe ovulaire se fait dans le tissu connectif de l'endométrium. *Le système vasculaire sanguin du fœtus est constamment séparé de celui de la mère.* Immédiatement après la première fixation de l'œuf dans le tissu connectif, les épithéliums choriaux sont baignés par le sang maternel; ce bain continue, en quelque sorte, persiste jusqu'à la fin de la grossesse. Des portions des épithéliums choriaux et même des villosités entières arrivent dans les veines maternelles. On n'a pas constaté d'activité destructive de l'œuf ou de la périphérie de l'œuf, soit au moment de la première fixation, soit à l'occasion du processus de l'importation des villosités.

Paragraphe 2 : L'introduction, par processus normal, dans les veines de villosités qui restent en connexion avec l'œuf, aboutit à l'élargissement de l'espace intervilleux et à l'accroissement en surface de l'œuf par division de la caduque vraie. L'importation d'épithéliums choriaux, se faisant de façon normale, ne conduit à aucune conséquence mécanique, dans des conditions

normales au moins. L'importation de villosités, qui peuvent être soit déjà détachées, soit encore en connexion avec l'œuf, peut entraîner comme effets : le décollement prématuré du placenta normalement inséré, la production de certaines variétés de polypes placentaires, des adhérences de l'arrière-faix, la rupture de l'utérus pendant la grossesse, la môle hématique. Dans des conditions non tout à fait normales, la déportation des épithéliums choriaux cause des thromboses de veines déciduales et des embolies de cellules placentaires.

La partie essentielle du *paragraphe* 3 est une ébauche de *théorie sur l'assimilation et la désassimilation fœtale*, en vue de laquelle l'auteur est tout d'abord conduit à admettre deux portions du syncitium bien distinctes quant à leur fonction : l'une gemmiforme, essentiellement détachable, destinée à pénétrer dans le sang de la mère et à y apporter les *excreta* du fœtus; l'autre, au contraire, fixe et chargée de saisir les éléments nutritifs d'origine maternelle, nécessaires à la nutrition du fœtus. Ceci admis, Veit résume de la façon suivante le processus des métamorphoses nutritives fœtales : « Dès l'instant de la pénétration du sang maternel entre les éléments du trophoblaste, une certaine quantité de syncitium entre dans ce sang maternel; de ce fait aussi date le début de la production de la syncitiolysine non toxique, syncitiolysine qui dissout le syncitium qui arrive ultérieurement dans le sang, à la suite de quoi les combinaisons formées sont éliminées. En connexion avec ces phénomènes, se produit l'augmentation de la quantité du sang pendant la grossesse, augmentation fonction d'une excitation portée sur les organes hématogènes par des substances fœtales qui proviennent du syncitium dissous. L'absorption d'hémoglobine et d'oxyhémoglobine peut s'expliquer par le rôle de la syncitiolysine, celle-ci portant au syncitium *fixe* des érytrocytes qui circulaient dans le sang maternel. L'assimilation de l'albumine s'effectue de la même manière. L'augmentation de la quantité du sang va avec un apport plus grand d'albumine aux tissus maternels, d'où l'explication de l'augmentation de poids des femmes enceintes, plus élevée que celle qui résulterait exclusivement de l'accroissement de fœtus et de ses annexes. »

L'auteur étudie ensuite certains accidents observés pendant la grossesse, albuminurie, rein gravidique, éclampsie, qu'il explique par sa théorie de la déportation d'éléments villeux, et qui, à son avis, ne seraient pas des états pathologiques différents, mais bien des expressions, au degré près, d'un même processus : *la pénétration de syncitium dans la circulation maternelle*, l'éclampsie correspondant à une pénétration de syncitium trop massive, soit par insuffisance de syncitiolysine, soit par insuffisance fonctionnelle des organes éliminateurs. En ce qui concerne les *déductions thérapeutiques* à tirer de ces conceptions nouvelles, elles se ressentent bien évidemment de tout ce que celles-ci ont encore d'incertain et de discutable ; toutefois, comme il paraît établi que certains accidents de grossesse sont directement liés à l'arrivée du syncitium dans le sang de la mère, cette notion conduit à l'interruption artificielle de la grossesse quand ces accidents créent un danger grave : *sublata causa, tollitur effectus.* R. L.

La Question sexuelle exposée aux adultes cultivés, par A. Forel (1 volume. G. Steinheil. Paris, 1906).

Ce volume est l'édition française faite par l'auteur de l'ouvrage de Forel, *Die Sexuelle Frage*, qui a obtenu en Allemagne un énorme succès. Tout ce qui touche à la question sexuelle est exposé dans ce livre d'une façon claire et méthodique ; l'ouvrage, bien qu'écrit par un médecin, neurologiste distingué, est à la portée de tous les « adultes cultivés », comme l'indique le sous-titre. La reproduction des êtres vivants, l'évolution, les conditions naturelles et le mécanisme de l'accouplement, la grossesse sont décrits dans les trois premiers chapitres : l'appétit sexuel, l'amour, puis l'ethnologie et l'histoire de la vie sexuelle, les origines du mariage et enfin l'évolution sexuelle font l'objet des chapitres suivants (IV, V, VI et VII) ; l'importante pathologie sexuelle est traitée dans le chapitre VIII avec une compétence toute particulière, puisque l'auteur fut professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich. Les questions de prostitution, du rôle du droit et de la médecine dans la vie sexuelle, la morale sexuelle terminent cet important ouvrage, qui intéressera certainement toutes les personnes cultivées, mais dont aucun médecin ne devra négliger la lecture, car les opinions personnelles de l'auteur méritent d'être connues et discutées.

P. Lecène.

OUVRAGES REÇUS

R. Brandeis, **l'Urine normale et pathologique** (Technique urologique appliquée au diagnostic). Paris, G. Stheinhel, 1906.

H. Guilleminot, **Guide pour l'emploi de l'électricité en médecine** (Principales applications de l'électrothérapie et de la radiothérapie), Paris G. Steinhel, 1906.

NOUVELLE

Le Comité du Monument *Tillaux* a décidé de proroger au 31 décembre prochain la clôture de la souscription, centralisée à la librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

Le Gérant : G. Steinheil.

TABLE ALPHABÉTIQUE[1]

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME II

A

Aménorrhée primitive, 111.
Avortement, 206, 244, 639.

B

Bassin oblique ovalaire, 235, 687, 694.

C

Caduque, syncitium, trophoblaste (leur origine commune aux dépens de l'épithélium utérin ; greffe ovulaire), 50.
Castration double et fibrome de l'utérus, 753.
Chorio-épithéliomes, 704.
Col de l'utérus (allongement hypertrophique et rigidité du col *sub partu* ; opération césarienne), 121.
Col de l'utérus (cancer du —), 129, 175, 179, 433, 478.
Col de l'utérus (métrite du —, atrésies, emploi du Filhos), 622, 636.
Col de l'utérus (syphilis du — pendant la grossesse), 124.
Cordon ombilical (symptomatologie de la brièveté du —), 241.
Corps jaune, 317, 704.
Curettage (les indications dans les suites de couches pathologiques), 696, 750.
Cystocèle vaginale (nouveau procédé opératoire), 367.
Cystoscopie chez la femme, 295, 303, 315.

D

Déportation des cellules placentaires, 315.

E

Embryotomie (deux cas d' — à manuel opératoire atypique), 687.

F

Fibro-lipome sarcomateux de la région latérale rétro-péritonéale, 514.
Fistule recto-vaginale et pessaire, 704.
Fistule utérine cervico-vaginale (dystocie), 225.
Fœtus mort, putréfaction, rigidité du col, hystérectomie, 757.
Fœtus (mort *sub partu* par suite d'hypertrophie du corps thyroïde), 234.
Forceps sur la tête élevée (26 cas de —), 52.

G

Gestation, 552.
Glande de Bartholin (kyste séreux de la) 754.
Globules rouges prématurés dans le sang pendant la grossesse et les suites de couches, 126.
Grossesse, voir : *mort subite*, *obstruction*, *péritonite*.
Grossesse (durée de la —), 325.
Grossesse extra-utérine, 123, 682, 748.
Grossesse (toxémie de la —), 325.
Grossesse utérine (utérus antéro-latéro-fléchi) ayant simulé une grossesse extra-utérine, 242.

H

Hémorrhagie mortelle au 10me jour des suites de couches, 761.
Hérédo-syphilis (prophylaxie), 201.
Hydrosalpinx et grossesse, 759.
Hystérectomie, 32, 43, 123, 129, 317, 329, 630, 639, 703, 754, 757.

I

Infection puerpérale, 252, 630, 634, 701.
Inversion utérine se reproduisant le 4me jour après l'accouchement 761.

(1) Pour : *mémoires originaux, revues cliniques, revues générales, thérapeutique gynécologique, sociétés savantes, revues analytiques, consulter de préférence l'autre table.*

K

Kystes dermoïdes, 267.

L

Leucorrhée, 741.
Ligament large (kyste du — à pédicule tordu), 108.
Ligament rond de l'utérus (fibro-myome du —), 125.

M

Môle hydatiforme maligne, 649.
Môle vésiculaire, 320, 322, 704.
Mortalité infantile au Creusot (faible —), 521.
Mort subite fin grossesse ; opération césarienne, 746.

N

Nourrisson (dyspepsie gastrique avec spasme du pylore chez les nourrissons), 115.
Nouveau-né (sur une cause de vomissement, aérophagie), 238.

O

Obstruction, étranglement par l'appendice iléo-cæcal pendant la grossesse, 638.
Œuf (implantation sur l'orifice interne de la matrice), 325.
Opération césarienne, 517.
Opération césarienne pour déformation achondroplasique chez une primipare, 238.
Opération de Porro, 686, 756.
Organes génitaux externes (terminaisons nerveuses dans les —), 48.
Ovaire et du placenta (sécrétion interne de l' —), 641.
Ovaire (tumeurs de l' — pendant la grossesse et le puerpérium), 56, 115.
Ovariotomie pendant la grossesse, 123, 233, 623.

P

Parovaire (kystes du —, leur torsion), 78.
Péritonite aiguë mortelle d'origine annexielle chez une accouchée, 119.
Péritonite appendiculaire et grossesse, 243.
Péritonite par colite dysentériforme au cours d'une grossesse, 115.
Péritonites puerpérales (traitement), 630, 701, 749.
Phlébite utérine, 692.
Phlegmasia alba dolens, arthrites multiples,
Placenta, voir : *déportation, ovaire.*
Placenta (Insertion vicieuse du —), 262.
embolie, 688.
Placenta (tumeurs épithéliales du —), 659.
Présentation de l'épaule négligée, 747.

R

Rate (rupture spontanée de la — pendant la grossesse), 750.

S

Siège décomplété, mode des fesses (traitement), 754.
Salpingites perforantes, 627.
Septicémie puerpérale (perforation utérine au cours de la —), 634.
Stovaïne en obstétrique, 123.
Suites de couches, voir : *Curettage.*

U

Utérus, voir : *castration, hystérectomie, ligament rond, opération césarienne, de Porro.*
Utérus (cancer de l' — et fibromes), 393.
Utérus (cancer de l' —), 152, 161, 186, 388, 439.
Utérus (cancer inopérable de l' —, ligatures artérielles), 161.
Utérus double avec fibromes sous-péritonéaux, salpingite double, 43.
Utérus (fibro-myomes), 1, 335, 639, 703, 754.
Utérus gravide et puerpéral (éléments cellulaires dans la paroi de l' —), 318.
Utérus (fibrome de l' —, transformation sarcomateuse), 512.
Utérus (rétroflexion mobile de l' —, symptomatologie), 55.
Utérus (rupture de l'— pendant le travail, hystérectomie), 317, 635, 756.
Utérus (segment inférieur), 322.
Utérus (tuberculose, diagnostic précoce), 640.

V

Vagin (absence totale du —), 66.
Vagin (cancer primitif à type cylindrique), 675.
Vagin et du col de l'utérus (ulcères du —), 528.
Vagin (imperforation du —, hémato-colpos, etc.), 228.
Villosités (importation et déportation des), 766.
Vulve, voir : *glandes de Bartholin, organes génitaux externes.*
Vulve (molluscum pendulum de la — opéré pendant la grossesse), 122.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME II

MÉMOIRES ORIGINAUX

AUDEBERT. Bride amniotique et malformations multiples de la face et du crâne, 362.

CONDAMIN (R.) et CONDAMIN (A.). De l'hystérectomie vaginale pour cancer du col sur l'utérus gravide, 129.

COUVELAIRE (A.). Dystocie par fistule utérine cervico-vaginale, 224.

COUVELAIRE (A.). Métastase utérine d'un cancer de l'estomac, 273.

DOLÉRIS. Statistique sur l'avortement, 206.

GACHE (S). L'accouchement chez les primipares âgées, 719.

HARTMANN (H.). De la supériorité de l'hystérectomie abdominale sur l'hystérectomie vaginale, 319.

HARTMANN (A.). Pylorectomie pour le cancer de l'estomac, 282.

HARTMANN (H.) et LECÈNE. Les propagations ganglionnaires dans le cancer du col de l'utérus, 175.

HERGOTT (A.). Un nouvel article sur la « Gestation », 552.

HUGUENIN. Contribution à l'étude des tumeurs épithéliales du placenta, 659.

KŒNIG (R.). Môle hydatiforme maligne; métastases chorio-épithéliomateuses dans le poumon, mort par hémorragie intra-péritonéale, 649.

LENORMANT. Trois cas d'hystérectomie pour kystes de l'ovaire. Indications de la castration abdominale totale dans le traitement des néoplasmes annexiels, 32.

LE PLAY. Ulcère de l'estomac et grossesse, 288.

LUYS (G.). La cystoscopie directe chez la femme, 292.

PETZALIS et COSMETTATOS. Quelques considérations sur les anencéphales ; étude histologique du système nerveux d'un fœtus anencéphale, 596.

PINARD (A.). Des fibro-myomes de l'utérus et en particulier des causes qui favorisent leur éclosion ou leur développement, 1.

PINARD (A.). Note sur les causes de la faible mortalité infantile dans la ville industrielle du Creusot, 521.

PINARD (A.). Prophylaxie de l'hérédo-syphilis, 201.

PIQUAND. La calcification des fibro-myomes de l'utérus, 335.

PIQUAND. Fibromes et cancer utérins, 393, 485, 565.

POLLOSSON (A.). Cancer du col et grossesse. Hystérectomie abdominale, 479.

POLLOSSON (A.) et VIOLET (H.). Cancer primitif de la paroi antérieure du vagin à type cylindrique, 675.

POLLOSSON (A.) et VIOLET (H.). Tuberculose des kystes de l'ovaire, 585.

ROSSIER. Un cas d'ostéomalacie puerpérale. Opération césarienne et oophorectomie bilatérale. Récidive, 457.

ROSSIER (G.). La lutte contre le carcinome de l'utérus, 152.

ROUVILLE (DE). Les ligatures artérielles dans le cancer inopérable de l'utérus. Résultats thérapeutiques. Indications, 161.

SCHWETZ. Un nouveau cas de pyémie puerpérale staphylococcique pure, 419.

SNEGUIREFF. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes, 265.

VANVERTS. La torsion des kystes du parovaire, 78.

VAUTRIN. Considérations sur l'absence totale du vagin et son traitement chirurgical, 66.

VAUTRIN. Trois formes rares d'ulcère du vagin et du col de l'utérus, 529.

VIOLET et ADLER. Sur un cas de cancer du col utérin cliniquement opérable avec généralisation péritonéale constatée seulement à la laparotomie, 432.

WALLICH et LEVADITI. Recherches sur les éléments cellulaires du colustrum et du lait, 713.

REVUE CLINIQUE

DALMON et MONNET. Imperforation du vagin avec hématocolpos. Opération. Malformation des organes génitaux internes, torsion de la trompe droite. Mort, 228.
FOISY. Utérus double avec fibromes sous-péritonéaux et salpingite double. Hystérectomie sus-vaginale. Guérison, 43.
HARTMANN (H.). Kyste du ligament large à pédicule tordu, 108.
ROLLIN. Épithélioma primitif des deux trompes de Fallope, 436.
TOUPET et LEBRET. Transformation sarcomateuse de fibrome de l'utérus avec noyaux de généralisation dans les poumons, 512.

REVUES GÉNÉRALES

LABUSQUIÈRE (R.). De la cystoscopie en gynécologie, 303.
LABUSQUIÈRE (R.). De l'éclampsie, 729.
LABUSQUIÈRE (R.). Sur l'état des vaisseaux dans les grossesses tubaires, d'après O. Fellner, 682.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

HARTMANN (H.). Opération nouvelle pour la cure de la cystocèle, 367.
HARTMANN (H.). Traitement du cancer inopérable, 179.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, 111, 232, 382, 622, 686.

REVUE ANALYTIQUE

Avortement et stérilisation volontaire, 244.
Cancer de l'utérus, 186, 388, 438.
Infection puerpérale, 253.
Môle, chorio-épithéliome, corps jaune, 705.

BIBLIOGRAPHIE

BALLANTYNE. Manual of antenatal pathology, 198.
BAYER (H.). Fécondation et production du sexe, 257.
BYRON (R.). Arteria uterina ovarica. The utero-ovarian artery of the genital vascular circle, 198.
DANIEL (Const.). Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale sus-vaginale dans les lésions bilatérales des annexes, 1905.
FARABEUF. Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires, du périnée et du pelvis, 327.
FOREL (A.). La question sexuelle exposée aux adultes cultivés, 768.
GOUIN. Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical, 257.
HARTMANN (H.). Travaux de chirurgie anatomo-clinique, 198.
HUBERT et TRECHMANN. Orthmann's Handbook of Gynæcological pathology, translated, etc., 128.
MACNAUGHTON (J.). Manual of diseases of Women, 200.
PINCUS. Belastungslagerung, 256.
POTOCKI et BRANCA. L'œuf humain et les premiers stades de son développement, 127.
POZZI. Traité de gynécologie opératoire, 1905.
QUEIREL. Leçons de clinique obstétricale (IIe série), 1905.
SCHAEFFER, SEGOND et LENOIR. Atlas manuel de technique gynécologique, 199.
Transactions of the American gynecological Society for the year 1904, p. 326.
Index bibliographique trimestriel, 58, 259, 452, 643.

VARIA

Inauguration du monument de Tarnier, 369.
Société internationale d'obstétrique et de gynécologie, 200.

Paris. — Imp. E. ARRAULT et Cie, 9, rue Notre Dame-de-Lorette.

G. STEINHEIL. Éditeur, 2

PRINCIPES FONDAMENTA
VÉRIFIÉS, RECTIFIÉS OU ÉTABLIS A
SUR LE MANNEQU
ET DE L'OBSERVATION SU

INTRODU
A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES
ACCOUCH
Anatomie — Présentations et Positi
Manœuvres — Extractions du Si
PAR
Le Professeur L.-H. FARABEUF et

Préface de M. le Profes

NOUVELLE ÉDITION REV
Par L.-H. FAR

1 vol. grand-jésus de x-480 pages avec 362 figures d'après les
Prix : 15 fr

LA
PRATIQUE DES AC
OBSTÉTRIQUE JOU
Par le Dr Henri
Professeur agrégé à la Faculté, acco
Un fort vol. in-8 soleil sur 2 colonnes.
Cartonné amateur, tête dorée. Pr

TRAITÉ DE L'ART DES
Par S. TARNI
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Paris
et P. BUDI
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Paris,
Tome Ier. — Grossesse et accouchement physiologiq
Tome II. — Pathologie de la grossesse, 586 pages, 66 fi
Tome III. — Dystocie maternelle, 771 pages, 168 figures.
Tome IV. — Dystocie fœtale. Accidents de la déliv
puerpérales, 754 pages. 250 figures. Prix. . . . . .
Supplément aux *Annales de Gynéc*

De l'apiol.

L'apiol est le principe actif de la semence de persil, dont les propriétés emménagogues sont incontestables et reconnues par la plupart des auteurs qui l'ont étudié (Bouchardat, Bouchut, Siredey, etc.). Cette action est utilisée surtout dans la dysménorrhée, quand celle-ci doit être traitée, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas le résultat d'une inflammation de l'utérus ou des annexes. L'indication principale est fournie par les règles douloureuses des jeunes filles, dont la *Gazette hebdomadaire* a étudié le traitement dans un article récent. Ajoutons que l'apiol se serait montré efficace dans les fièvres intermittentes de moyenne intensité (Manquat).

Doit-on donner le nom d'apiol au liquide oléagineux, non volatil, d'une coloration variant du jaune ambré au vert et même au vert brun, de saveur âcre et piquante, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme? Ou bien ce liquide n'est-il autre chose qu'un produit complexe, dans lequel on peut isoler un principe actif cristallisable? Ce sont là des points qui ne sont pas encore définitivement tranchés et sur lesquels les opinions des chimistes varient avec leurs pays d'origine.

Tandis que l'apiol liquide semble ou plutôt semblait, il y a encore peu d'années, prévaloir en France et en Belgique, en Allemagne, au contraire, l'apiol cristallisé est adopté à l'exclusion des autres formes sous lesquelles il peut être obtenu.

La caractéristique de ce désaccord est fournie par ce fait assez curieux que quelques fabricants allemands qui, dans leur préparation de l'apiol, obtiennent le principe cristallisé à côté du principe liquide, se réservent le premier pour les besoins de la consommation allemande et livrent à la consommation française le principe liquide, qu'ils ne peuvent écouler chez eux.

Si l'on admet l'opinion qui prédomine en Allemagne et à laquelle de sérieux travaux des chimistes allemands ont ajouté un regain d'intérêt (*Annales de Merck*, 1896-98), l'apiol, chimiquement pur, serait un corps cristallisé en aiguilles blanches, fusibles à + 30°, bouillant vers + 300°, et, comme l'apiol liquide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, dans l'éther et le chloroforme.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une façon bien formelle sur les données contradictoires fournies par la pharmacopée franco-belge d'une part, la pharmacopée allemande d'autre part. Le mieux est donc d'augurer, non de telle ou telle constitution chimique, mais seulement des effets thérapeutiques qu'on en a obtenus. Ici encore la clinique reste souveraine et c'est à elle qu'il faut s'en rapporter pour faire un choix entre les deux produits.

Or une expérience de plus de dix années semble établir que l'apiol cristallisé réunit au plus haut degré toutes les qualités requises de cette substance. Mais, pour cela, il est nécessaire que la préparation pharmaceutique soit obtenue de telle manière que les principes utiles de la semence de persil, cristallisables ou non cristallisables, s'y trouvent associés, à l'exclusion des substances féculentes ou résineuses dont il convient de débarrasser l'apiol. Leur présence modifie même le poids spécifique de l'apiol liquide, qui tombe au fond de l'eau ou surnage, selon les éléments étrangers qui peuvent s'être introduits ou maintenus dans la préparation par les dissolvants employés au traitement de la semence de persil.

Sans doute, la question est encore à l'étude ; mais, comme le produit cristallisé a une action thérapeutique absolument identique au produit huileux complexe connu sous le nom d'apiol, *le praticien devra toujours prescrire de préférence l'apiol cristallisé*, qui lui donnera les garanties de pureté qui font défaut à la forme liquide dont la coloration, le poids spécifique varient avec les méthodes de préparation.

L'apiol s'emploie à la dose de 25 à 75 centigrammes par jour sous forme de capsules gélatineuses de 15 centigrammes de substance active *en solution huileuse*. C'est le seul mode pratique d'administration.

L'Usine Française (Goy et Cie) est la seule qui prépare cet apiol cristallisé, de pureté certaine.

DATE DUE SLIP

UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW

1m-4,'29

v.2 Annales de gynécologie
ser.2 et d'obstétrique.
1905 22690

22690